



**MEDICAL MALPRACTICE SEBAGAI PELANGGARAN ATAS
PROFESIONALISME DOKTER DALAM PELAKSANAAN
HAK DAN KEWAJIBAN DOKTER DAN PASIEN BERKAITAN DENGAN
SUB SISTEM EKONOMI DAN TEKNOLOGI**

TESIS

**Disusun Dalam Rangka Memenuhi Persyaratan
Program Magister Ilmu Hukum**

Oleh :

DYAH ADRIANTINI SINTHA DEWI

NIM: B4A096035

Pembimbing : DR. ESMI WARASSIH, SH MS

**PROGRAM PASCASARJANA
BIDANG ILMU HUKUM / HUKUM EKONOMI DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG**

1999

LEMBAR PERSETUJUAN TESIS

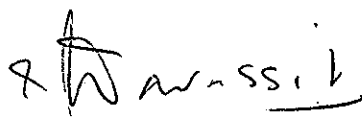
Tesis ini telah diterima dan disetujui sebagai persyaratan
untuk memperoleh gelar Magister dalam Ilmu Hukum
pada Universitas Diponegoro

Semarang, 28 Juni 1999

Mengetahui

Ketua Program Magister Ilmu Hukum

Disetujui Pembimbing



DR. ESMI WARASSIH, SH, MS

NIP. 130 529 436



Universitas Diponegoro

PROF. DR. BARDA NAWAWI ARIEF, SH

NIP. 130 350 519

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah S.W.T penulis persembahkan karena berkat rahmat dan petunjuknya penulis mampu menyelesaikan penulisan tesis dengan judul: **Medical Malpractice Sebagai Pelanggaran Atas Profesionalisme Dokter Dalam Pelaksanaan Hak dan Kewajiban Dokter dan Pasien Berkaitan Dengan Sub Sistem Ekonomi dan Teknologi** sebagai syarat untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Hukum pada Universitas Diponegoro Semarang.

Tesis ini dapat penulis selesaikan berkat bantuan dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan kali ini perkenankanlah penulis menyampaikan banyak terimakasih kepada pembimbing saya Dr. Esmi Warassih, SH, MS yang telah demikian sabar dan meluangkan waktunya di tengah kesibukannya sehingga penyusunan tesis ini dapat terselesaikan.

Tidak lupa pula penulis menyampaikan terimakasih kepada Prof. Dr. Barda Nawawi Arief, SH selaku Ketua Program Magister Ilmu Hukum Universitas Diponegoro, serta para dosen yang telah memberikan ilmunya pada penulis juga para penguji yang telah berkenan menguji tesis ini, serta para staf. Administrasi yang telah membantu kelancaran proses administrasi penyusunan tesis hingga pelaksanaan ujian.

Pada kesempatan kali ini, penulis juga mengucapkan terima kasih kepada rekan-rekan terutama peserta program Hukum Ekonomi dan Teknologi angkatan XV UNDIP serta rekan angkatan lainnya yang telah memberi masukan bagi

penyusunan tesis, juga para responden yang telah memberikan bantuan pada waktu penelitian yang tidak dapat penulis sebut satu persatu.

Penghargaan dan terima kasih yang sangat besar penulis sampaikan kepada suami tercinta, Mas Saifuddin, dan anak tersayang Reza Haidar Kamal yang telah dengan tulusnya memberi izin, mendampingi dan memberi semangat bagi penulis selama mengikuti pendidikan dan penyusunan tesis ini; serta keluarga besar penulis yang atas dorongan baik moril maupun materiil telah sangat membantu dalam penyelesaian pendidikan program Magister Ilmu Hukum di Universitas Diponegoro Semarang.

Semoga semua amal kebaikan yang telah diberikan kepada penulis mendapat balasan dari-Nya.

Penulis sangat menyadari akan ketidaksempurnaan tesis ini yang disebabkan karena keterbatasan kemampuan penulis. Untuk itu saran dan kritik bagi kesempurnaan tesis ini sangat penulis harapkan.

Semoga tesis sederhana ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu hukum.

Semarang, 28 Juni 1999

P e n u l i s

Dyah Adriantini Sintha Dewi

DAFTAR ISI

	Hal
Halaman Judul	i
Lembar Pengesahan	ii
Kata Pengantar	iii
Daftar Isi	v
Abstrak	vii
BAB I : Pendahuluan	1
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	17
C. Kerangka Teori	19
D. Tujuan dan Kontribusi Penelitian	29
E. Metode Penelitian	29
F. Sistematika Tesis	39
BAB II : <i>Medical Malpractice</i> dalam kaitannya dengan Budaya	
Hukum Pasien sebagai Konsumen Jasa Medik	41
A. Pendahuluan	41
B. Hukum dan Etika di bidang Kedokteran	43
1. <i>Medical Malpractice</i> dalam Lingkungan Budaya	
Masyarakat Kedokteran Jawa Tengah dikaitkan	
dengan Subsistem Ekonomi	58

a. Profesi Dokter	60
b. Standard Profesi Medik	75
2. Perlindungan Hukum terhadap Pasien selaku Konsumen	
Jasa Medik	112
a. Ruang Lingkup Perlindungan terhadap Pasien	112
b. Budaya Hukum Konsumen dan Produsen Jasa Medik ..	120
c. Pelayanan Kesehatan dalam Era Globalisasi	128
BAB III : Pertanggungjawaban Dokter atas Tindakan <i>Medical</i>	
<i>Malpractice dalam Transaksi Terapeutik</i>	145
A. Pendahuluan	145
B. Bentuk Pertanggungjawaban Dokter	149
1. Pelanggaran di Bidang Etik	149
2. Pelanggaran di bidang Hukum	153
BAB IV : Hubungan Timbal Balik antara Budaya Hukum dengan	
Sub Sistem Ekonomi dalam Perilaku Dokter	
selama Pelaksanaan Profesi Medik	172
BAB V : Penutup	182
A. Kesimpulan	182
B. Saran	184

Daftar Pustaka

ABSTRAK

Di dalam tesis yang berjudul "Medical Malpractice sebagai Pelanggaran atas Profesionalisme Dokter dalam Pelaksanaan Hak dan Kewajiban Dokter dan Pasien berkaitan dengan Sub Sistem Ekonomi dan Teknologi" ini berusaha untuk mengungkapkan tentang makna di balik malpraktek yang dilakukan oleh dokter dan sikap pasien dalam menghadapi tindakan tersebut berkaitan dengan masalah budaya hukum serta bentuk sanksi yang dijatuhkan pada dokter yang melakukan malpraktek tersebut.

Analisa terhadap hasil penelitian di lapangan mengungkapkan bahwa faktor utama yang menyebabkan terjadinya malpraktek adalah karena dokter itu kurang mengindahkan standard profesi medik yang terlihat dengan adanya tindakan yang kurang hati-hati sehingga menimbulkan kerugian bagi pasien. Di samping itu juga adanya dukungan dari budaya yang berkembang dalam masyarakat bahwa profesi dokter itu senantiasa dilingkupi oleh gemerlapnya materi sehingga unsur untuk mempunyai tingkat ekonomi lebih tinggi dari profesi lain cukup kuat. Hal ini ternyata telah mempengaruhi dokter untuk melakukan tindakan menyimpang dengan tujuan untuk memperoleh penghasilan yang besar secara cepat.

Di sisi lain persepsi masyarakat terhadap lembaga peradilan kurang tepat karena adanya anggapan proses pengadilan yang memakan waktu panjang serta adanya sikap pesimis bahwa dalam persidangan pasti dokter yang menang karena dalam kenyataannya mempunyai kemampuan di bidang medik lebih tinggi dari pasien, sehingga dapat mengemukakan berbagai alasan pembenar bagi tindakannya yang sekalipun merugikan pasien. Hal ini terlihat dari kasus yang masuk ke Pengadilan di Jawa Tengah baru ada 2 (dua) yaitu tahun 1981 di Pengadilan Negeri Pati dan tahun 1993 di Pengadilan Negeri Semarang.

Mengenai sanksi yang diberikan kepada dokter yang melakukan malpraktek dapat dibagi menjadi 2 (dua) kelompok, yaitu sanksi dari wadah profesi yaitu IDI maupun sanksi hukum yang dijatuhkan oleh Pengadilan baik

pidana maupun perdata. Kedua kelompok sanksi tersebut dapat dijatuhkan secara bersamaan.

ABSTRACT

In this thesis that is titled "Medical Malpractice as Transgression to Doctor's Professionalism in the Enforcement of Right and Obligation of Doctor and Patient related with Economy Sub System and Technology" tries to reveal about the meaning behind malpractice performed by doctor and patient's attitude in facing of act mentioned related with law cultural matter and the form of sanction imposed by doctors that perform malpractice mentioned.

Analysis of the result of research on the field reveals that main factor which causes occurring malpractice is because such doctor lacks to observe medical professional standard that is apparent with the existing act which is not careful enough hence causing a loss to the patient. In addition also existing support from culture which develops in the society that such doctor profession is always surrounded by glittering material hence the element toward having higher level of economy that other profession is strong enough. This matter apparently has influenced doctor to perform deviating act with purpose to obtain big income quickly.

On the other side of the society perception is not precise to the Court because of existing assumption of trial process that takes long time and existing pessimistic attitude that in the court doctor must win because in reality to have higher ability in medical field than patient, hence may suggest various justification reasons for his act though harming the patient. This matter is apparent in the case which enters the Court in Jawa Tengah just there are 2 (two) i.e. in 1981 at Pati State Court and in 1993 at Semarang State Court.

Regarding sanction imposed to doctor that performs malpractice it may be divided to 2 (two) groups i.e. sanction from the profession container i.e. IDI as well as legal sanction imposed by the Court either criminal or private. Both groups of sanction mentioned can be imposed together.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan sebagai salah satu kebutuhan mutlak bagi manusia untuk dapat tampil dan menjalani roda kehidupan bagi pencapaian tujuan hidup, sebenarnya bukan merupakan suatu hal baru untuk dibicarakan. Sebab sudah sejak zaman dahulu kala, ada usaha dari manusia untuk menjaga kesehatan sekaligus mengobati penyakit yang telah terlanjur diderita. Sekalipun hal tersebut dilakukan dengan cara yang masih sangat sederhana, dengan memanfaatkan kekayaan alam sebagai bahan pembuatan obat melalui prosedur pembuatan yang juga sesuai dengan alam primitif. Semua ini tidak lain adalah karena rasa bahagianya umat manusia apabila mendapatkan kesehatan dalam hidupnya. Berbekal hal tersebut, maka hingga sekarang pun masalah kesehatan selalu menjadi bahan pembicaraan yang menarik.

Upaya kesehatan dari waktu ke waktu selalu mengalami perkembangan mengikuti pola perkembangan masyarakatnya.

UPT-PUSTAK-UNDIP

Periodisasi perkembangan upaya kesehatan tersebut dapat dikelompokkan menjadi:¹

1. Periode Prasejarah/Purba

Periode prasejarah/purba ini dapat dibagi menjadi dua subperiode, yaitu:

a. Subperiode Prasejarah

Mengacu pada kebudayaan Neolitikum, dikelola oleh *shaman* (dukun) dengan epistemennya yang sederhana dan magis. Pada subperiode ini semua anggota masyarakat terlibat di dalamnya di bawah pimpinan *shaman*.

b. Subperiode Arkhaik

Mencakup peradaban Sumeria, Mesir, India, Cina dan Persia. Dalam subperiode ini satu hal yang mencolok adalah apriori historis dan episteme pada masing-masing peradaban terkait erat dengan budaya masyarakatnya. Sistem upaya kesehatan di sini sudah mulai dijangkiti profesionalisme, sebagai akibatnya muncul aturan-aturan hukum lengkap dengan sanksinya untuk mengatur tingkah laku para penyelenggara sistem upaya kesehatan ini.

¹ Roy Tjiong, *Problem Etis Upaya Kesehatan suatu Tinjauan Kritis*, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, 1991, hal. 3-50.

2. Periode Klasik

Perbedaan utama periode ini dengan periode sebelumnya terletak pada penyelenggara sistem upaya kesehatan, yang di sini muncul sebagai kaum artis, profesi bebas yang memiliki otonomi dalam menjalankan fungsinya. Periode klasik ini dapat dibagi menjadi empat subperiode, yaitu:

a. Subperiode Yunani-Romawi (786 SM-285 SM)

Merupakan kurun waktu ketika sistem upaya kesehatan dikelola secara rasional, dan merupakan masa keemasan pentabiban istana (*iatros*).

b. Subperiode Abad Pertengahan atau "Abad-abad Suram" (565 M-1453 M)

Pada subperiode ini, ilmu kesehatan mengalami kemunduran karena sistem upaya kesehatan sangat diwarnai oleh sikap teologis: jika Allah mengirim penyakit, entah sebagai hukuman atau sebagai ujian bagi manusia, maka Allah jualah yang akan menyembuhkannya. Sekalipun praktek tabib masih berjalan, namun penanganan kesehatan secara resmi ditangani oleh rohaniwan.

c. Subperiode Renaissance (1453 M-1610 M)

Pada subperiode ini mulai muncul sikap kritis dari para cendekiawan dan menolak ajaran-ajaran yang tidak mempunyai bukti. Inovasi alat-alat baru mulai terjadi, seperti misalnya: lensa optik, teleskop, mikroskop. Adapun tokoh pendobrak yang muncul pada subperiode ini adalah: Paracelsus (dokter keliling), Ambroise Pare (ahli bedah), Andreas Vesalius (ahli anatomi).

d. Subperiode Baroque (1610 M-1700 M)

Pada subperiode ini, ilmu kedokteran mengalami kemajuan pesat dalam pengetahuan anatomi. Adapun prinsip penyelenggaraan upaya kesehatan adalah: rakyat sehat negara kuat.

3. Periode Modern

Ditandai dengan adanya revolusi industri dan revolusi Perancis, dan terbagi menjadi:

a. Subperiode Fajar Budi (1800 M)

Pada subperiode ini muncul spesialisasi profesi dokter antara lain: Pediatri (ilmu kesehatan anak), Psikiatri (ilmu kesehatan jiwa), namun di sisi lain tahyul dan perdukunan juga berkembang pesat.

b. Subperiode Kebangkitan Kembali Romantik (1800M-1850 M)

Pada subperiode ini, bidang kesehatan mengalami perkembangan dalam ilmu anatomi dan ilmu urai mikroskopik (histologi), dengan konsep bahwa kehidupan adalah kompleks fungsi yang bertahan untuk menolak kematian.

c. Subperiode Positivisme Naturalistik (1850 M-awal abad 20)

Pada subperiode ini dimulai penggunaan ruang laboratorium rumah-rumah sakit modern guna pengembangan bidang kedokteran dan mulai muncul asosiasi-asosiasi profesi kesehatan.

Melihat sejarah perkembangan upaya kesehatan tersebut, secara umum dapat disimpulkan bahwa masalah kesehatan itu menjadi tanggung jawab bersama yang harus diperhatikan baik oleh individu, masyarakat, penyelenggara sistem upaya kesehatan (dokter) maupun pihak pemerintah. Keterkaitan pihak pemerintah dalam hal ini disebabkan karena pembahasan masalah kesehatan tidak lepas dari pencapaian tujuan nasional yaitu adanya kesejahteraan masyarakat baik moril maupun materiil. Untuk itulah pemerintah juga sangat memperhatikan masalah kesehatan masyarakat. Adanya kesehatan pada masyarakat, diharapkan proses pelaksanaan pembangunan dapat berjalan lancar. Oleh karena itu dalam Pelita Keenam Kebijakan Sektor Kesehatan,

antara lain meliputi arah pembangunan kesehatan dan peningkatan perbaikan kesehatan masyarakat, serta kualitas pelayanan kesehatan.² Terlihat di sini betapa berharganya arti kesehatan bagi manusia.

Perhatian Pemerintah terhadap masalah kesehatan semakin nampak dengan dikeluarkannya Undang Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan yang mulai berlaku pada tanggal 17 September 1992. Sekalipun telah keluar undang-undang tentang Kesehatan tersebut, bukan berarti bahwa undang-undang tersebut adalah satu-satunya yang mengatur masalah kesehatan di Indonesia. Sebab berdasarkan ketentuan Aturan Peralihan Pasal II Undang Undang Dasar 1945, kalau memang diperlukan dan belum ada undang-undang yang pembentukannya sesuai dengan yang diperintahkan oleh Undang Undang Dasar 1945, maka sekalipun peraturan tersebut dibuat sebelum keluarnya Undang Undang Nomor 23 Tahun 1992, atau bahkan yang berasal dari zaman Belanda masih dimungkinkan untuk dipakai. Adapun undang-undang yang dicabut dengan dikeluarkannya Undang Undang Nomor 23 Tahun 1992 adalah:

² *Periksa Garis-Garis Besar Haluan Negara, Bab IV tentang Arah dan Kebijaksanaan Bidang Kesejahteraan Rakyat, 1994.*

1. Undang Undang Nomor 3 Tahun 1953 tentang Pembukaan Apotek.
2. Undang Undang Nomor 18 tahun 1953 tentang Penunjukan Rumah Sakit-Rumah Sakit Partikelir yang merawat orang-orang miskin dan orang-orang yang kurang mampu.
3. Undang Undang Nomor 19 tahun 1960 tentang Pokok-Pokok Kesehatan.
4. Undang Undang Nomor 11 tahun 1962 tentang Hygiene untuk Usaha-usaha bagi Umum.
5. Undang Undang Nomor 6 tahun 1963 tentang Tenaga Kesehatan.
6. Undang Undang Nomor 7 tahun 1963 tentang Farmasi.
7. Undang Undang Nomor 18 tahun 1964 tentang Wajib Kerja Tenaga Paramedis.
8. Undang Undang Nomor 2 tahun 1966 tentang Hygiene.
9. Undang Undang Nomor 3 tahun 1966 tentang Kesehatan Jiwa.

Pembicaraan masalah kesehatan tidak lepas dari peranan dokter sebagai pihak yang mampu mengobati penyakit berdasarkan ilmu pengetahuan yang dimiliki. Sehingga tidaklah terlalu aneh apabila sampai sekarang masih ada sebagian masyarakat yang menganggap bahwa dokter adalah suatu profesi yang istimewa, ia dianggap sebagai dewa penyelamat yang tidak pernah melakukan kesalahan. Sehingga dapat dikatakan bahwa dalam suatu proses pengobatan dan penyembuhan

suatu penyakit, sebagai tokoh utamanya adalah dokter. Berdasarkan pengetahuan dan ketrampilannya, maka dokter adalah pihak yang berwenang memberikan pengobatan berdasarkan anamnesti (riwayat penyakit) dan pemeriksaan klinis.

Kecenderungan masyarakat menempatkan dokter pada posisi yang lebih tinggi, tidak lain adalah karena kedangkalan pengetahuan masyarakat di bidang kesehatan, sehingga beranggapan bahwa dokterlah yang paling tahu segala sesuatu tentang kondisi kesehatan seseorang. Sehingga seseorang akan datang kepada dokter manakala ia merasa bahwa ada yang tidak beres pada tubuhnya, atau dengan kata lain apabila ia sakit.

Hubungan yang terjadi antara dokter dengan pasien adalah berdasarkan kepercayaan pasien akan kemampuan dokter berbekal ilmu pengetahuan yang dimilikinya dapat mengobati sakit yang dideritanya. Kepercayaan dari pasien inilah yang mengakibatkan kedudukan dokter lebih tinggi dari pasien di samping faktor keawaman pasien terhadap profesi dokter dan faktor adanya solider antar teman sejawat serta adanya sikap isolatif terhadap profesi lainnya.³

³ Husein Kerbala, *Segi-Segi Etis dan Yuridis Informed Consent*, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta, 1993, hal. 37.

Adanya kepercayaan pasien terhadap dokter yang diwujudkan dengan kedatangan pasien kepada dokter merupakan langkah awal untuk timbulnya kontrak antara dokter dengan pasien, yaitu adanya keterikatan antara satu pihak dengan pihak lain.⁴ Kontrak tersebut akan dapat terwujud apabila telah terjadi persetujuan antara dokter dengan pasien dalam rangka upaya pengobatan terhadap pasien oleh dokter. Hubungan tersebut pada masa sekarang dikenal dengan istilah *transaksi terapeutik*, yaitu transaksi (perjanjian, *verbinten*) untuk menentukan, mencari terapi yang paling tepat bagi pasien oleh dokter.⁵

Seperti halnya perjanjian pada umumnya, maka *transaksi terapeutik* juga harus memenuhi ketentuan Pasal 1320 KUHPdata, yaitu:

1. Sepakat mereka yang mengikatkan dirinya (*toestemming van degene die zich verbinden*);
2. Kecakapan untuk membuat suatu perikatan (*bekwaamheid om en verbinten*);
3. Suatu hal tertentu (*een bepaald onderwerp*);
4. Suatu sebab yang halal (*een geoorloofde oorzaak*).

⁴ Lihat Pasal 1313 KUHPdata.

⁵ Hermien Hadiati Koeswadji, *Beberapa Permasalahan Hukum dan Medik*, PT Citra Aditya Bakti, Bandung, 1992, hal. 101.

Dengan demikian terhadap *transaksi terapeutik* tersebut tidak dapat diterapkan ketentuan-ketentuan perburuhan. Sebab sekalipun dokter mendapat imbalan dari pasien atas usahanya mengobati penyakit, namun dokter bukan bawahan pasien.

Adanya kepercayaan yang diberikan pasien kepada dokter memaksa seorang dokter untuk bertindak secara profesional, dengan selalu memperhatikan dan mengamalkan kode etik kedokteran yang merupakan pedoman tingkah laku bagi seorang dokter dalam menjalankan aktivitas kesehariannya. Untuk dapat dikatakan sebagai seorang yang profesional maka yang bersangkutan harus mempunyai kemahiran-kemahiran tinggi dan kemampuan-kemampuan yang mampu untuk menguasai teknologi canggih.

Sedangkan teknologi itu sendiri senantiasa berkembang seiring dengan perkembangan masyarakat, maka seorang dokter juga harus berusaha mengikuti dan menguasai perkembangan teknologi. Jadi ukuran profesional bukan ilmu yang pada nyatanya diketahui oleh dokter (yang mungkin ketinggalan jauh), melainkan ilmu yang dapat diharapkan dapat diketahui oleh dokter yang senantiasa belajar ilmu baru.⁶ Sehingga untuk sampai kepada kelompok profesional, seorang dokter harus selalu

⁶ Soemarno P. Wirjanto, *Tanggung Jawab Hukum dan Etik Daripada Dokter dan Advokat untuk Tindakan Profesional*, Jakarta, 1982, hal. 7.

membuka diri atas temuan-temuan yang mutakhir di bidang medik. Namun hal tersebut bukan satu-satunya penentu keprofesionalan seorang dokter. Sebab pada suatu profesi itu menurut Richard J. Storr terkandung dua komponen penting yang harus dipenuhi yaitu komponen teknik dan komponen etik.⁷ Jadi harus ada keseimbangan antara komponen teknik dan komponen etik dalam menjalankan profesinya.

Kegiatan pengobatan yang dilakukan oleh seorang dokter kepada pasiennya dalam posisinya sebagai pemegang profesi, yaitu pada suatu *transaksi terapeutik* akan menimbulkan hak dan kewajiban. Hak dan kewajiban tersebut mengikat baik pada dokter maupun pasien. Kewajiban dokter yang paling utama adalah memberikan pelayanan kesehatan yang baik kepada pasien. Sebab *transaksi terapeutik* yang timbul dalam hubungan antara dokter dengan pasien itu pada azasnya bertumpu pada dua macam hak azasi manusia, yaitu hak untuk menentukan nasib sendiri (*the right to self-determination*) dan hak atas informasi (*the right to information*). Kedua hak dasar tersebut bertolak dari hak atas perawatan kesehatan (*the right to health care*) yang merupakan hak azasi individu (*individual human right*) yang termuat dalam Dokumen Internasional The Universal Declaration of Human Right tahun 1948 dan

⁷ Soetandyo Wignjosoebroto, *Profesi dan Profesionalisme Sebuah Tinjauan Sosial Budaya, Dikaitkan secara khusus dengan Masalah Perkembangan Profesi Hukum di Indonesia*, Yuridika, Nomor 6 Tahun VI, November-Desember, 1991, hal. 2.

The United Nations International Covenant on Civil and Political Right tahun 1966.⁸

Pelaksanaan kewajiban seorang dokter atas hak pasien yang didasari oleh hak azasi manusia, ini dapat dikelompokkan pada komponen etik dari profesi kedokteran. Namun seringkali di dalam praktek, komponen etik dikesampingkan, karena pada sebagian dokter ada kecenderungan lebih meningkatkan kemampuan komponen teknik . Tindakan yang mengesampingkan komponen etik menyebabkan kecenderungan mengabaikan kewajiban pemegang profesi. Dapat dikemukakan beberapa contoh di sini akibat diabaikannya komponen etik oleh dokter, yaitu adanya keluhan pasien atas kinerja dokter di Rumah Sakit Umum, yang lebih mengutamakan praktek di Rumah Sakit Swasta;⁹ keluhan pasien di Puskesmas karena dibiarkan menunggu padahal sudah jam dinas dan setelah dicek ternyata dokter masih berada di rumah;¹⁰ keluhan pasien karena mahalnya biaya perawatan dengan penggunaan peralatan kedokteran yang canggih karena dokter bekerja berdasarkan target, memperoleh beberapa juta rupiah setiap bulan karena alat tersebut dibeli dengan pinjaman bank yang harus

⁸ Hermien Hadiati Koeswadji, *Beberapa Permasalahan Hukum dan Medik, Op. Cit.*, hal. 103.

⁹ *Suara Merdeka*, 19 Januari 1998, hal. VII.

¹⁰ *Suara Merdeka*, 5 Maret 1998, hal. IV.

dikembalikan.¹¹ Selain itu, adanya peristiwa tertinggalnya gunting dalam perut pasien yang menyebabkan pasien meninggal dunia.¹²

Masalah komunikasi antara dokter dengan pasien juga dapat menjadi penyebab ketidakpuasan pasien atas pelayanan kesehatan oleh dokter. Dari berbagai kasus yang ada, yang sering muncul di media massa, banyak bersumber pada masalah informasi yang kurang terbuka sehingga seringkali pasien kecewa karena harapannya yang sudah menyala-nyala itu lenyap disebabkan dokter yang selalu tertutup, bahkan dan tidak jarang pula disembunyikan oleh dokter agar pasien tidak lari ke dokter lain.¹³

Beberapa contoh kasus di atas, menyebabkan adanya keluhan dan ketidakpuasan pasien atas sikap dokter, sebab masalah hak dan kewajiban kurang dapat berjalan sesuai porsinya. Ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan di Indonesia juga dapat ditinjau dari dua hal, yaitu:

1. Semakin meningkatnya biaya pelayanan kesehatan, termasuk obat;

¹¹ *Suara Merdeka*, 8 Desember 1997, hal. VII.

¹² *Nova*, Nomor 524/XI - 8 Maret 1998, hal. 3.

¹³ Hermien Hadiati Koewadji, *Hukum dan Masalah Medik, Bagian Pertama*, Airlangga University Press, Surabaya, 1984, hal. 91.

2. Semakin meningkatnya kesadaran masyarakat akan mutu pelayanan kesehatan yang baik.

Kedua masalah ini berkaitan dengan prinsip bahwa pemerintah mengupayakan pelayanan kesehatan bagi yang kurang mampu dan memberikan kesempatan kepada pihak swasta untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi mereka yang mampu dan hanya 25% fasilitasnya bagi yang kurang mampu.¹⁴

Dalam rangka untuk memberikan pengaturan pada tindakan dokter, pemerintah telah mengeluarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 434/Men. Kes/SK/X/1983 tanggal 28 Oktober 1983 tentang Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) sebagai pedoman yang mengatur tingkah laku dokter. KODEKI ini disusun dengan mempertimbangkan International Code of Medical Ethics dengan landasan idiil Pancasila dan landasan struktural Undang Undang Dasar 1945, di dalamnya mengatur hubungan antara manusia yang mencakup kewajiban umum seorang dokter, hubungan dokter dengan pasiennya, kewajiban dokter terhadap sejawatnya dan kewajiban dokter terhadap diri sendiri. Sebagai pemegang profesi, maka setiap dokter dalam bertindak harus mendasarkan pada KODEKI ini, sehingga akan

¹⁴ Benyamin Lumenta, *Dokter, Citra, Peran dan Fungsi, Tinjauan Fenomena Sosial*, Kanisius, Yogyakarta 1989, hal. 50.

terhindar dari praktek-praktek yang menyimpang dalam penerapan hak dan kewajiban. Di samping itu, dokter akan lebih menghargai hak-hak pasien, sebab dengan perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran yang cukup pesat, risiko yang dihadapi oleh pasien pun semakin tinggi. Hal ini dimungkinkan karena pada masa sekarang sudah terdapat perubahan, bahwa dokter bukan lagi sebagai pihak yang serba tahu, sebagaimana anggapan masyarakat zaman dahulu yang menyebabkan kedudukan dokter lebih tinggi dari pasien, namun sekarang kedudukan dokter berkaitan dengan hak dan kewajiban adalah sederajat, masing-masing memerlukan perlindungan hukum. Keadaan ini sesuai dengan pendapat Satjipto Rahardjo, bahwa masyarakat senantiasa mengalami perubahan demikian pula dengan hukumnya, bahwa hukum itu berkembang dengan mengikuti tahap-tahap perkembangan masyarakat.¹⁵

Dokter sebagai pemegang profesi mempunyai sebuah wadah yang akan menangani permasalahan yang timbul dalam suatu praktek medik berkaitan dengan etika kedokteran. Adapun badan tersebut adalah Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK) yang dibentuk oleh Ikatan Dokter Indonesia (IDI) dan Panitia Pertimbangan dan Pembinaan Etik Kedokteran (P3EK) yang dibentuk oleh Pemerintah. Tetapi keberadaan kedua lembaga tersebut sering diragukan obyektivitasnya oleh

¹⁵ Satjipto Rahardjo, *Hukum dan Masyarakat*, Angkasa, Bandung, 1980, hal. 103.

masyarakat. Sebenarnya keresahan masyarakat ini bukan tanpa alasan karena yang duduk dalam lembaga tersebut adalah rekan dari “dokter yang bermasalah” tersebut.

Di sisi lain, banyak kejadian-kejadian yang merugikan pasien tidak masuk ke pengadilan. Hal ini disebabkan karena budaya bangsa Indonesia yang masih enggan untuk menggunakan pengacara atau polisi untuk menuntut haknya dan karena rendahnya kesadaran hukum rakyat Indonesia.¹⁶ Kondisi seperti ini pulalah yang menyebabkan banyak permasalahan di bidang medik yang merugikan pasien tidak terangkat ke permukaan untuk mendapatkan penyelesaian.

Dalam rangka mengetahui tingkat keprofesionalan seorang dokter dalam penerapan hak dan kewajiban dokter dan pasien berkaitan dengan bidang ekonomi dan teknologi, maka perlu diadakan penelitian tentang sikap dokter dalam menjalankan profesinya. Berkaitan dengan hal tersebut, penelitian dalam wilayah Jawa Tengah dipandang tepat mengingat budaya Jawa masih terasa kental dan sifat dari para dokter yang berpraktek di wilayah ini cenderung homogen akan budaya Jawa-nya.

¹⁶ Yan Apul, *Efektivitas dan Mekanisme Penegakan Kode Etik Profesi Dokter dan Tenaga Medis*, Makalh Seminar “Hospital Management and Health Law Issues”, Universitas Pelita Harapan, Tangerang, 25,26 Juli 1997, hal, 3.

B. Perumusan Masalah

Masalah pelayanan medik yang melibatkan dokter dan pasien dalam sebuah *transaksi terapeutik* memunculkan adanya hak dan kewajiban baik bagi dokter maupun pasien, yang mengakibatkan kedua belah pihak harus secara konsekuen taat dan memenuhi apa yang menjadi hak dan kewajibannya. Namun di dalam prakteknya seringkali dijumpai tindakan-tindakan yang tidak sesuai dengan aturannya. Hal yang sering menjadi sorotan dalam masyarakat adalah tentang tidak dipenuhinya kewajiban dokter atas hak-hak pasien, yaitu adanya dokter yang tidak mengindahkan hak pasien. Padahal kalau seorang dokter benar-benar memahami KODEKI, khususnya Pasal 11, ia juga akan menyadari bahwa sebagai manusia bukanlah makhluk yang sempurna. Sehingga tidak akan pernah menyombongkan dengan kemampuan yang dimilikinya, tetapi justru ia akan selalu menghargai setiap pasien tanpa terpengaruh pertimbangan keagamaan, kebangsaan, kesukuan, perbedaan kelamin, politik kepertaian atau kedudukan sosial dalam menunaikan kewajiban, sebagaimana termuat dalam Lafal Sumpah Dokter, sekalipun dokter mempunyai keahlian dan pengetahuan yang lebih daripada pasien di bidang medik.

Mengingat bahwa seorang dokter adalah juga manusia, padahal tidak ada manusia yang sempurna di dunia ini, maka dimungkinkan

seorang dokter itu melakukan kesalahan yang dapat hal tersebut termasuk penyimpangan azas-azas profesi. Penyimpangan yang banyak menimbulkan keluhan dari pasien adalah berkaitan dengan masalah penerapan hak dan kewajiban dokter dan pasien. Sebab ada sebagian dokter yang cenderung menampilkan perilaku yang kurang seimbang antara hak dan kewajiban bahkan mengarah pada tindakan sistem kerja bisnis yang menyamakan profesi mereka seperti usaha perdagangan jasa untuk memperoleh keuntungan yang sebesar-besarnya. Bahkan di kota-kota besar telah tercipta situasi yang mendorong pelayanan dokter tidak lagi mempunyai hubungan yang tulus ikhlas dengan pasien/masyarakat, melainkan profesi dokter telah berubah sebagai suatu mata pencaharian. Fungsi sosial dan kemanusiaan telah berubah menjadi hubungan bisnis antara yang memberi jasa dan yang membutuhkan jasa.¹⁷ Tindakan dokter yang demikian menunjukkan bahwa azas-azas keprofesionalan seorang dokter telah dikesampingkan. Berkaitan dengan hal tersebut, untuk kepentingan penelitian dapat diajukan beberapa permasalahan, yaitu:

¹⁷ Permadi, *Tanggapan terhadap Pelayanan Dokter*, Makalh Simposium Panel Hukum dan Profesi Kedokteran, Yogyakarta, 6 Februari 1982, hal. 6.3.

1. Mengapa seorang dokter melakukan penyimpangan profesi ?
2. Bagaimana faktor budaya hukum ikut berperan terhadap dilakukannya *medical malpractice* ?
3. Bagaimanakah respon pasien terhadap tindakan dokter yang menyimpang itu ?
4. Bagaimana hubungan timbal balik antara budaya hukum dan sub sistem ekonomi yang mempengaruhi perilaku dokter dalam melaksanakan profesinya ?

C. Kerangka Teori

Aliran *legal realism* yang berkembang di Amerika Serikat yang mengatakan bahwa dalam mempelajari hukum, pengetahuan mengenai *law in the book* adalah sama pentingnya dengan pemahaman *law in action*,¹⁸ sampai sekarang masih dianut dalam ilmu hukum.

Law in the book dalam metode penelitian hukum diimplementasikan dalam *paradigma penelitian hukum doktriner*, yaitu penelitian inventarisasi hukum positif, azas-azas hukum, penemuan hukum *in concreto*/klinis, sistem hukum dan sinkronisasi hukum.

Sedangkan *law in action* diimplementasikan dalam *paradigma penelitian hukum non doktriner* yaitu memahami dan meneliti hukum

¹⁸ Ronny Hanitijo Soemitro, *Studi Hukum dan Masyarakat*, Alumni, Bandung, 1985, hal. 38.

dalam konteks sosialnya karena fokusnya lebih menyangkut pada persoalan bekerjanya hukum dalam masyarakat.

Dalam rangka mempelajari hukum secara *law in action*, hukum bukanlah suatu gejala normatif yang otonom tetapi lebih berfungsi sosial. Maksudnya bahwa dalam penelitian hukum ini diperlukan adanya bantuan dari ilmu lainnya sebagai pendukungnya, baik dari sudut metode maupun teori. Metode penelitian seperti ini sering juga disebut dengan *socio-legal research*.

Menurut Antonie A.G. Peters¹⁹ terdapat paling sedikit 3 (tiga) perspektif fungsi hukum dalam masyarakat, yaitu yang pertama adalah perspektif kontrol sosial dari hukum. Tinjauan yang demikian ini dapat dikatakan sebagai tinjauan dari sudut pandangan seorang polisi terhadap hukum (*the policeman view of the law*).

Pada dasarnya kontrol sosial adalah salah satu dari konsep-konsep yang biasanya paling banyak dipakai di dalam studi-studi kemasyarakatan. Ia mengacu kepada berbagai alat yang dipergunakan oleh suatu masyarakat untuk mengembalikan anggota-anggotanya yang

¹⁹ *Ibid.*, hal. 10.

kepala batu ke dalam relnya. Tidak ada masyarakat yang bisa ada tanpa kontrol sosial.²⁰

Perspektif yang kedua adalah perspektif *social engineering* yang merupakan tinjauan yang dipergunakan oleh para pejabat (*the official's perspective of the law*), oleh karena fokus perhatiannya adalah apa yang diperbuat oleh penguasa/pejabat dengan hukum, maka tinjauan ini kerap kali disebut juga *the tecnocrat's view of the law*. Adapun yang dipelajari di sini adalah sumber-sumber kekuasaan apa yang dapat dimobilisasikan dengan menggunakan hukum sebagai mekanisme.

Perspektif yang ketiga adalah perspektif emansipasi masyarakat terhadap hukum, perspektif ini merupakan tinjauan dari bawah terhadap hukum (*the bottom's up view of the law*). Hukum dalam perspektif ini meliputi kajian-kajian hukum seperti misalnya, kemampuan hukum sebagai sarana penampung aspirasi masyarakat, budaya hukum, kesadaran hukum, penegakan hukum dan lain-lain.

Berkaitan dengan hal ini, peranan hukum sebagai *social engineering* ternyata semakin berkembang dalam kehidupan masyarakat. Sehingga peranan hukum semakin dibutuhkan dalam masyarakat modern dengan kebutuhannya yang semakin kompleks. Dengan

²⁰ Peter L. Berger, *Invitation to Sociology, A Humanistic Perspective*, (terjemahan) Daniel Dhakidae, Inti Sarana Aksara, Jakarta, 1985, hal. 98.

demikian hukum modern merupakan suatu proses yang ditempuh secara sadar untuk merumuskan kebijakan - kebijakan dan kemudian menerapkannya dalam masyarakat, maka dapatlah dikatakan, bahwa ia mempunyai tujuan untuk mengatur masyarakat secara efektif dengan menggunakan peraturan-peraturan hukum yang dibuat dengan sengaja.²¹ Akan tetapi dalam kenyataannya belum tentu bekerjanya hukum itu selalu memenuhi harapan dari pembuat kebijakan. Hal ini karena ada kekuatan-kekuatan lain di luar hukum yang mempengaruhi bekerjanya hukum dalam masyarakat. Masalah gangguan terhadap penegakan hukum dapat terjadi apabila ada ketidakserasian antara nilai-nilai dalam masyarakat, kaidah atau peraturan hukum yang berlaku dan pola perilaku individu yang tidak terarah²²

Berkaitan dengan pemecahan masalah penelitian ini diperlukan bantuan suatu paradigma sosial. Paradigma adalah suatu jendela di mana peneliti akan memahami dan menafsirkan secara obyektif berdasarkan kerangka acuan yang terkandung dalam paradigma sosiologi yang dipilihnya.²³

²¹ David M. Turbek dalam Wukir Prayitno, *Modernitas Hukum Berwawasan Indonesia*, Agung, Semarang, 1991, hal. 39.

²² Soerjono Sockanto, *Faktor-faktor yang mempengaruhi Penegakan Hukum*, CV Rajawali, Jakarta, 1986, hal. 4.

²³ Zamroni, *Pengantar Pengembangan Teori Sosial*, PT Tiara Wacana, Yogyakarta, 1992, hal. 22.

Adapun paradigma yang dipergunakan di sini adalah *paradigma definisi sosial*, yang memandang manusia sebagai orang yang aktif menciptakan kehidupan sosialnya sendiri, tidak memandang manusia sebagai individu yang statis dan yang terpaksa dalam bertindak, fokus perhatian paradigma ini terletak pada bagaimana caranya manusia mengartikan kehidupan sosialnya atau bagaimana caranya mereka membentuk kehidupan sosial yang nyata.²⁴

Meneliti hukum dalam perspektif paradigma definisi sosial berarti mengkonsepkan hukum sebagai manifestasi makna-makna simbolik para pelaku sosial, sebagaimana tampak dalam interaksi antar mereka, maka orientasinya harus berpijak pada teori interaksi simbolis.²⁵

Secara rinci kegiatan penelitian yang menggunakan paradigma ini mempunyai sasaran pokok yang meliputi:

1. tindakan manusia yang mengandung makna subyektif, meliputi beberapa tindakan nyata;
2. bahwa tindakan nyata tersebut adalah bersifat batiniah dan bersifat subyektif;

²⁴ George Ritzer, *Sociology: A Multiple Paradigm Science*, (terjemahan) Alimandan, PT RajaGrafindo Persada, Jakarta, hal. 105.

²⁵ Soctandyo Wignjosoebroto, *Konsep Hukum, Tipe Kajian dan Metode Penelitiannya*, Hand-out, Semarang, 1995, hal. 4.

3. tindakan itu sengaja diulang;
4. tindakan itu diarahkan kepada seseorang atau beberapa individu ;
5. tindakan itu memperhatikan tindakan orang lain dan terarah kepada orang lain.²⁶

Penelitian yang dilakukan adalah mengenai perilaku yang menyimpang dari seorang dokter sebagai pemegang profesi yang tunduk pada KODEKI. Tindakan penyimpangan ini adalah merupakan perilaku individu (dokter) yang tidak sesuai dengan KODEKI. Secara umum ada beberapa alasan yang menyebabkan anggota masyarakat atau individu "menolak" untuk berperilaku tertentu (termasuk Hukum), antara lain karena individu tidak memahami, bertentangan dengan nilai-nilai atau norma yang dianut individu, adanya kepentingan dari anggota masyarakat atau individu²⁷

Analisa dalam teori interaksi simbolis bersumber dari aspek-aspek perilaku dari manusia yang subyektif dan interpretatif. Di sini manusia tidak dilihat sebagai produk yang ditentukan oleh struktur atau

²⁶ Zamroni, *Op. Cit.*, hal. 54.

²⁷ Selo Soemardjan, *Perubahan Sosial di Yogyakarta*, Gadjahmada University Press, Yogyakarta, 1986, hal. 315.

situasi obyektif, akan tetapi paling tidak sebagian merupakan aktor-aktor yang bebas.²⁸

Menurut teori ini tindakan/perilaku manusia itu selalu berdasarkan pada simbol-simbol. Hal ini karena tindakan manusia bukan disebabkan oleh beberapa "kekuatan luar", tidak pula disebabkan oleh "kekuatan dalam", dalam arti individu bukan dikelilingi obyek-obyek potensial yang mempermainkannya dan membentuk obyek-obyek itu, misalnya berpakaian atau mempersiapkan diri untuk karier profesional. Individu sebenarnya sedang merancang obyek-obyek yang saling berbeda, memberinya arti, menilai kesesuaiaannya dengan tindakan, dan mengambil keputusan berdasarkan penilaiannya tersebut. Inilah yang dimaksud dengan penafsiran atau bertindak berdasarkan simbol-simbol.²⁹

Pendekatan interaksi simbolik ini berasumsi bahwa pengalaman manusia ditengahi oleh penafsiran, obyek, orang, situasi dan peristiwa yang tak memiliki pengertiannya sendiri, tetapi makna atau pengertian itu diberikan untuk mereka. Makna tersebut berasal dari interaksi dengan orang lain ... sebagaimana dinyatakan oleh Blumer: "bagi seseorang,

²⁸ Margaret M. Poloma, *Contemporary Sociological Theory*, (terjemahan) Tim Penerjemah Yasogama, PT RajaGrafindo, Jakarta, 1994, hal. 259.

²⁹ Herbert Blumer dalam Margaret M. Poloma, *Ibid*.

makna dari sesuatu berasal dari cara-cara orang lain bertindak terhadapnya dalam kaitannya dengan sesuatu itu. Tindakan-tindakan yang dilakukan oleh mereka akan melahirkan batasan-batasan sesuatu bagi orang lain".³⁰

Dengan demikian interaksi simbolik itu bertumpu pada tiga premis, yaitu:

1. Manusia bertindak terhadap sesuatu berdasarkan makna-makna yang ada pada sesuatu itu bagi mereka;
2. Makna-makna tersebut berasal dari interaksi sosial seseorang dengan orang lain;
3. Makna-makna tersebut disempurnakan pada waktu proses interaksi berlangsung.³¹

Jadi tanggapan seseorang tidak dibuat secara langsung terhadap tindakan orang lain, tetapi didasarkan pada makna yang diberikan terhadap tindakan orang lain itu. Interaksi antar individu, diantarai oleh penggunaan simbol-simbol, interpretasi atau dengan saling berusaha untuk saling memahami maksud dari tindakan masing-masing. Jadi dalam proses interaksi manusia itu bukan suatu proses di mana adanya stimulus secara otomatis dan langsung menimbulkan tanggapan atau respon.

³⁰ Margaret M. Poloma, *Ibid.*, hal. 260.

³¹ Zamroni., *Loc. Cit.*

Tetapi antara stimulus yang diterima dan respon yang terjadi sesudahnya, diantarai oleh proses interpretasi oleh si aktor. Jelas proses interpretasi ini adalah proses berpikir yang merupakan kemampuan yang khas yang dimiliki manusia.³²

Mengingat penelitian ini adalah untuk melihat makna yang muncul atas sikap seseorang, maka perlu pula dilakukan pendekatan yang bersifat kritis. I.S Susanto mengartikan pendekatan kritis secara lebih umum yaitu sebagai cara pandang yang lebih mengarahkan pada proses-proses terbentuknya realitas sosial. Cara pandang ini akan digunakan dalam membahas, memahami dan mempertanyakan realitas sosial yang ada dalam kehidupan sehari-hari, secara singkat adalah cara pandang atau kerangka pemikiran yang mengarahkan untuk mempelajari proses-proses yang dilakukan manusia dalam membangun masyarakat atau dunianya. Melalui pendekatan kritis dapat ditunjukkan proses-proses pembentukan realitas sosial, yaitu proses diterimanya tindakan-tindakan individu menjadi suatu realitas, dihubungkan dengan kondisi-kondisi struktur, politik, sosial, ekonomi dan budaya yang ada.³³

³² George Ritzer, *Op. Cit.*, hal. 61.

³³ I.S Susanto, *Kejahatan White-Collar dan Pembangunan Masyarakat Adil dan Makmur*, dalam Masalah-masalah Hukum No. 3 tahun XXI-1991, F.H Undip, Semarang, hal 1.

Dengan demikian pendekatan kritis sebagaimana diartikan oleh I. S Susanto tersebut dapat mengungkapkan fungsi manifes dan laten, yang oleh Robert K. Merton diartikan sebagai fungsi untuk menunjukkan maksud yang ditentukan secara resmi bagi institusi atau pengaturan sosial tertentu, serta maksud yang "terselubung" (dan ipso facto tidak terlihat atau tidak disadari) yang menjadi tugas dari ilmuwan untuk dipecahkan. Dengan demikian yang nyata (manifest) bukan merupakan seluruh cerita; ada yang masih tersembunyi (latency) yang harus dipelajari.³⁴

Pendekatan kritis ini akan meliputi pemberian analisa secara kritis pula terhadap masalah penegakan hukum. Dalam penegakan hukum ini akan terlihat sampai di mana suatu peraturan itu dilaksanakan, keuntungan dan kerugian dari pelaksanaan tersebut berkaitan dengan kelemahan-kelemahan yang ada dalam peraturan yang bersangkutan, serta sanksi yang akan dikenakan bagi pelanggar apakah sudah memenuhi sifat manusiawi atau hanya demi kepentingan pembuat peraturan saja. Jadi dalam hal ini diharapkan akan terlihat hal yang senyatanya dan obyektif.

³⁴ Robert K. Merton, dalam I.S Susanto, *Ibid.*

D. Tujuan dan Kontribusi Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memperkaya khasanah ilmu pengetahuan hukum, dan khususnya untuk mengembangkan hukum ekonomi di bidang kedokteran dalam menyongsong era globalisasi dengan berbagai kemajuan di bidang teknologi. Mengingat bidang hukum kedokteran adalah berkait erat dengan masalah hidup dan matinya seseorang.

Di samping itu, juga untuk memberikan pengetahuan kepada masyarakat tentang batasan keprofesionalan dokter sehingga dokter akan lebih berhati-hati dalam bertindak untuk melaksanakan hak dan kewajiban kepada masyarakat, serta memberikan pengetahuan tentang hak dan kewajiban baik dokter maupun pasien sehingga masing-masing pihak mengetahuinya dalam rangka *transaksi terapeutik*. Tesis ini juga diharapkan dapat memberikan masukan pada para pengambil keputusan atau penentu kebijakan sehingga dapat mengeluarkan peraturan dan keputusan yang tepat.

E. Metode Penelitian

1. Metode Pendekatan

Penelitian ini mempergunakan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan Socio Legal-Research yaitu untuk menjelaskan

permasalahan yang diteliti dan hasilnya dikaitkan dengan peraturan hukumnya dan melihat kehidupan yang senyatanya terjadi dalam masyarakat. Jadi untuk melihat bagaimana bekerjanya hukum dalam masyarakat.

Secara sosiologis hukum itu merupakan lembaga sosial, artinya hukum merupakan kesatuan kaidah-kaidah yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan dasar dari manusia pada segala tingkatan, yang bertujuan untuk mencapai suatu kedamaian dan ketertiban dalam masyarakat.³⁵

Dalam rangka penulisan sebuah tesis, menurut Sunaryati Hartono, metode penelitian yang menggunakan Metode Socio Legal-Research di samping Metode Penelitian Normatif akan memberi bobot lebih pada penelitian yang bersangkutan.³⁶ Sebab di sini tidak hanya membahas tentang peraturannya tetapi lebih melihat pada bekerjanya hukum dalam masyarakat.

Dalam hal ini, Metode Penelitian Normatif juga dipergunakan yaitu bahwa yang dipergunakan sebagai dasar adalah: Undang-Undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan, peraturan-

³⁵ Soerjono Soekanto, *Pendekatan Sosiologi Terhadap Hukum*, PT bina Aksara, Jakarta, 1988, hal. 9.

³⁶ C.F.E. Sunaryati Hartono, *Penelitian Hukum di Indonesia Pada Akhir Abad ke-20*, Alumnus, Bandung, 1994, hal. 142.

peraturan berdasarkan KUHPerdata, KUHP dan Hukum Administrasi yang mengatur masalah profesi dokter.

Pendekatan Socio Legal-Research dimaksudkan untuk memperoleh penjelasan atas permasalahan yang diteliti beserta hasil yang diperoleh dalam hubungannya dengan aspek-aspek hukumnya, serta mencoba menjelajahi realitas empirik dalam masyarakat, khususnya pada dokter dan pasien yang terlibat dalam suatu *transaksi terapeutik*.

2. Penentuan Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian dilakukan di Jawa Tengah dengan alasan budaya Jawa masih melingkupi masyarakat yang sangat menghormati kemampuan dan keahlian seseorang terutama dalam hal ini adalah profesi dokter. Di samping itu, budaya yang terbentuk dalam lingkungan dokter di wilayah Jawa Tengah dapat digolongkan cukup homogen adanya anggapan bahwa profesi dokter menjanjikan kehidupan yang baik dalam bidang materi maupun status. Sebab untuk dapat menyandang gelar dokter itu diperlukan perjuangan yang cukup berat di samping biaya yang besar, dan hal ini tidak dapat diraih dengan mudah oleh setiap orang. Sehingga di kalangan dokter itu sendiri ada semacam rasa kebanggaan atas kemampuannya tersebut.

3. Jenis dan Sumber Data

a. Jenis Data:

Data yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah jenis data primer dan data sekunder.

b. Sumber Data:

1) Data primer yang dipergunakan bersumber atau diperoleh dari penelitian lapangan yaitu dari: IDI, Dokter, Pasien, Paramedis, Hakim dan Pengacara yang pernah menangani perkara penyimpangan profesi medik dan ahli hukum medik.

2) Data sekunder adalah berupa data yang bersumber dari penelitian kepustakaan yang bahan hukumnya berasal dari bahan hukum primer dan bahan hukum sekunder. Bahan hukum primer merupakan bahan pustaka yang berisikan pengetahuan ilmiah yang baru dan mutakhir, ataupun pengertian baru tentang fakta yang diketahui mengenai suatu gagasan/ide.³⁷ Data sekunder meliputi:

- a) Undang Undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan;
- b) Kode Etik Kedokteran Indonesia (lampiran SK Men. Kes Nomor 434/Men.Kes/SK/X/1983 tanggal 28 Oktober 1983);

³⁷ Soerjono Soekanto dan Sri Mamudji, *Penelitian Hukum Normatif*, CV Rajawali, Jakarta, 1985, hal. 43.

- c) Peraturan Pemerintah Nomor 23 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan;
- d) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 585/Men.Kes/Per/IX/1989 tentang Persetujuan Tindakan Medik;
- e) Keputusan Presiden Nomor 56 tahun 1995 tentang Majelis Disiplin Tenaga Kesehatan;
- f) Peraturan Pemerintah Nomor 26 tahun 1960 tentang Lafal Sumpah Dokter;
- g) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 02/BIRHUMAS/II/1975 tentang Pembentukan Panitia Pertimbangan dan Pembinaan Etik Kedokteran;
- h) Peraturan perundang-undangan lainnya yang mempunyai kaitan dengan hukum kedokteran.

Bahan hukum sekunder adalah merupakan bahan-bahan hukum yang erat hubungannya dengan hukum-hukum primer dan dapat membantu menganalisis serta memahami bahan-bahan hukum primer.³⁸

Adapun bahan-bahan hukum sekunder tersebut adalah:

³⁸ Ronny Hanitijo Socmitro, *Metodologi Penelitian Hukum dan Jurimetri*, Ghalia Indonesia, Jakarta, 1988, hal. 12.

(1) Kepustakaan/buku-buku hasil karya para sarjana yang menguraikan tentang hukum kedokteran.

(2) Makalah-makalah seminar tentang hukum kedokteran.

(3) Naskah tulisan di media massa, arsip, data-data tentang hukum kedokteran yang dipublikasikan.

4. Teknik Pengumpulan Data

Dalam pengumpulan data, teknik yang dipergunakan dalam penelitian adalah:

- a. Wawancara terstruktur;
- b. Wawancara tak terstruktur;
- c. Observasi (pengamatan) terseleksi;
- d. Studi kepustakaan.

Wawancara terstruktur adalah wawancara yang pewawancaranya menetapkan sendiri masalah dan pertanyaan - pertanyaan yang akan diajukan untuk mencari jawaban terhadap hipotesis. Dalam hal ini semua subyek dipandang mempunyai kesempatan yang sama untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan yang diajukan.

Wawancara tak terstruktur digunakan untuk menemukan informasi yang bukan baku atau informasi tunggal. Wawancara tak terstruktur dilakukan pada keadaan-keadaan:

- a. Bila pewawancara berhubungan dengan orang “penting”.
- b. Jika pewawancara ingin menanyakan sesuatu lebih mendalam lagi pada seorang subyek tertentu.
- c. Apabila pewawancara menyelenggarakan kegiatan yang bersifat —————“penemuan”-(*discovery*).
- d. Jika ia tertarik untuk mempersoalkan bagian-bagian tertentu yang tak normal (*etiologi*)
- e. Jika ia tertarik untuk berhubungan langsung dengan salah seorang responden;
- f. Apabila ia tertarik untuk mengungkapkan motivasi, maksud, atau penjelasan dari responden;
- g. Apabila ia mau mencoba mengungkapkan pengertian suatu peristiwa, situasi, atau keadaan tertentu.³⁹

Observasi (pengamatan) terseleksi maksudnya adalah pengamatan yang dibatasi pada fokus. Dalam hal ini diarahkan pada sikap dokter yang melakukan *medical malpractice*.

Dalam studi kepustakaan/studi dokumen, peneliti melakukan penelitian terhadap berbagai dokumen dan bahan-bahan pustaka yang berkaitan dengan permasalahan yang sedang dibahas dalam

³⁹ Lexy J. Molcong, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, PT Remaja Rosda Karya, Bandung, 1985, hal. 138-139.

penelitian. Studi dokumen/studi kepustakaan ini merupakan penelitian terhadap data sekunder.

5. Alat-alat pengumpulan Data

- a. Peneliti;
- b. Daftar pertanyaan;
- c. Catatan harian di lapangan;
- d. Tape recorder.

6. Teknik Pengecekan Validitas Data

Menggunakan triangulasi data, yaitu teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain di luar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data. Denzim membedakan empat macam triangulasi sebagai teknik pemeriksaan yang memanfaatkan penggunaan sumber, metode, penyidik dan teori.⁴⁰

Triangulasi dengan sumber berarti membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dengan metode kualitatif. Hal ini dapat dicapai dengan:

⁴⁰ *Ibid*, hal. 178.

- a. Membandingkan data hasil wawancara dengan data hasil observasi (pengamatan) secara langsung selama peneliti terjun langsung ke lapangan.
- b. Membandingkan apa yang dikatakan informan atau responden di depan umum dengan apa yang dikatakan secara pribadi.
- c. Membandingkan apa yang dikatakan oleh orang-orang tentang situasi penelitian dengan apa yang dikatakannya sepanjang waktu.
- d. Membandingkan keadaan dengan persepektif sosialnya.
- e. Membandingkan hasil wawancara dengan isi suatu dokumen yang berkaitan.

Triangulasi dengan metode, meliputi dua strategi yaitu:

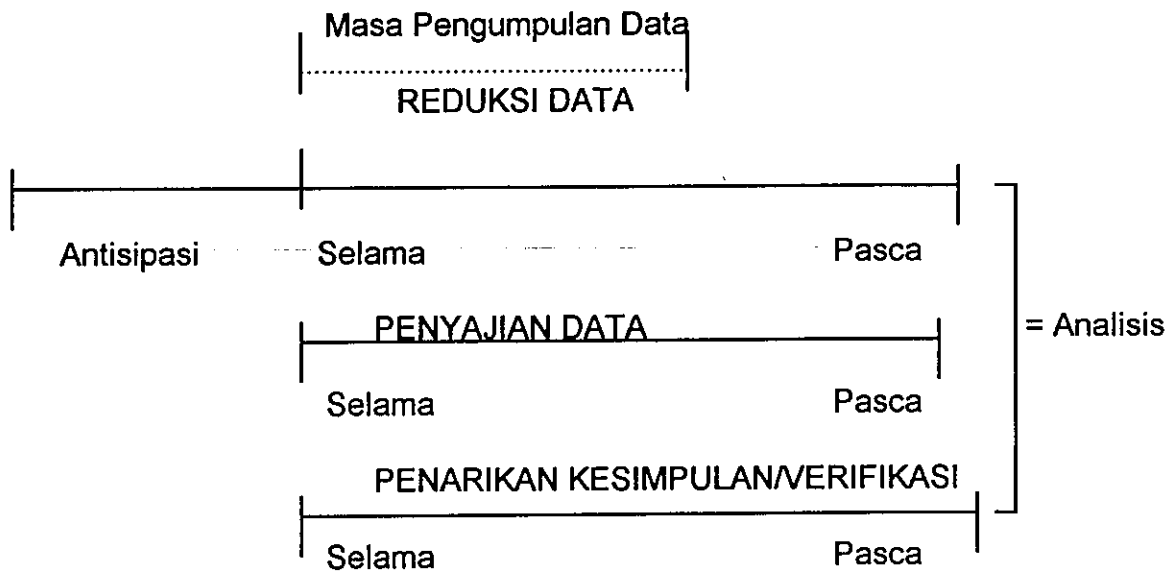
- a. Pengecekan derajat kepercayaan penemuan hasil penelitian beberapa teknik pengumpulan data.
- b. Pengecekan derajat kepercayaan beberapa sumber data dengan metode yang sama

7. Teknik Analisa Data

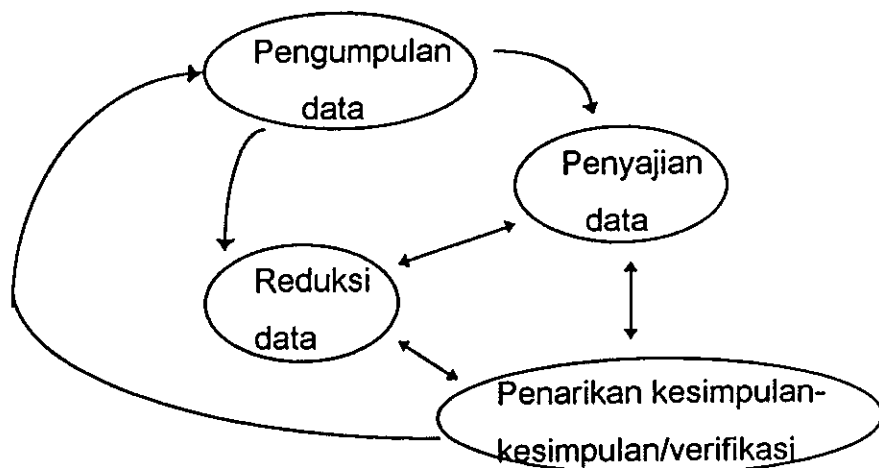
Menggunakan analisis kualitatif. Adapun alur kegiatannya mendasarkan pada komponen-komponen analisis model alir dan model interaktif.⁴¹

⁴¹ Matthew B. Milles dan A. Michael Huberman, *Qualitative data Analysis*, Terjemahan Tjetjep Rohendi Rohidi, UI Press, Jakarta, 1992, hal. 16-20.

a. Komponen-komponen analisis data: model alir



b. Komponen-komponen analisis data: model interaktif



Berdasarkan data-data yang terkumpul di lapangan, penelitian difokuskan pada tindakan penyimpangan profesi dokter dalam hal penerapan hak dan kewajiban dokter dan pasien. Banyak keluhan masyarakat mengenai kinerja dokter di RSUD yang cenderung lemah

dibandingkan dengan apabila dengan praktek swasta; kelalaian dokter, seperti adanya peralatan medik yang tertinggal dalam perut pasien; biaya pengobatan yang tinggi karena pasien dibebani atas pelunasan dokter pada pembelian peralatan medik. Dengan demikian sering terjadi pengabaian terhadap hak-hak pasien. Tindakan dokter (sebagai individu) itu ditentukan oleh motif dan nilai baik yang datang dari diri individu, seperti latar belakang ekonomi, pendidikan; maupun motif dan nilai yang datang dari luar individu, seperti KODEKI, IDI, hukum-hukum kedokteran.

8. Metode Penyajian Data

Keseluruhan data yang terkumpul dari lapangan, setelah dianalisa dengan cara sebagaimana yang disebutkan di atas, selanjutnya ditarik kesimpulan dan disajikan dalam bentuk uraian.

F. Sistematika tesis

Hasil penelitian ini selanjutnya akan disusun dalam bentuk karya ilmiah yang berupa Tesis. Tesis ini terdiri dari 4 (empat) bab yang meliputi:

Bab I merupakan bab pendahuluan yang memuat fakta-fakta yang melatarbelakangi masalah, permasalahan, kerangka teori, tujuan dan kontribusi penelitian serta metode penelitian yang dipergunakan dalam

penelitian yang diuraikan dalam sub-sub, antara lain: pendekatan, jenis penelitian, penentuan lokasi penelitian, jenis dan sumber data, teknik pengumpulan data, alat-alat pengumpulan data, teknik pengecekan validitas data, teknik analisa data dan cara penyajian data.

Bab II merupakan pembahasan dan analisa terhadap hasil penelitian berdasarkan hasil temuan di lapangan dengan menggunakan teori yang telah dikemukakan dalam Bab I mengenai "*Medical Malpractice* dalam kaitannya dengan Budaya Hukum Masyarakat sebagai Konsumen Jasa Medik". Sehingga dalam Bab II ini akan dilakukan analisa terhadap hasil penelitian mengenai tindakan dokter yang berupa *Medical Malpractice* ditinjau dari budaya hukum.

Bab III merupakan pembahasan terhadap masalah pertanggungjawaban dokter yang melakukan *medical malpractice*.

Bab IV membahas secara teoritik dengan hasil penelitian keterkaitan budaya hukum masyarakat dokter yang menjalankan profesinya dalam hubungannya dengan sub sistem ekonomi.

Bab V adalah bab penutup sebagai bagian akhir dari tesis yang berisi kesimpulan yang didasarkan pada kajian dari literatur dan analisa hasil penelitian, yang merupakan jawaban atas permasalahan penelitian, yang selanjutnya diakhiri dengan pemberian saran-saran yang pada intinya merupakan rekomendasi dari hasil penelitian.

BAB II

MEDICAL MALPRACTICE DALAM KAITANNYA DENGAN BUDAYA HUKUM PASIEN SEBAGAI KONSUMEN JASA MEDIK

A. Pendahuluan

Dewasa ini di dalam hubungan antara dokter dengan pasien yang lebih dikenal dengan istilah *transaksi terapeutik* ternyata telah banyak terjadi penyimpangan. Penyimpangan tersebut dilakukan oleh sebagian dari dokter-dokter yang melakukan praktek yang seharusnya bertindak sesuai dengan kode etik di bidang kedokteran.

Kode etik adalah mutlak perlu bagi seseorang yang memegang jabatan profesi seperti halnya dokter. Sebab kode etik tidak lain adalah pedoman bagi anggota suatu profesi dalam menjalankan tugasnya.

Penyimpangan terhadap kode etik profesi (kedokteran) merupakan suatu tindakan yang buruk yang di dalam hukum kesehatan (kedokteran) sering disebut dengan istilah *medical malpractice*. Istilah asing *malpractice* menurut Peter Salim berarti perbuatan atau tindakan yang salah. *Malpractice* juga berarti praktek buruk.⁴² Sedangkan dalam bahasa Belanda disebut dengan istilah *Kunstfout* (seni salah),

⁴² J. Guwandi, *Perkara Tindak Medik (Medical Malpractice)*, Kompas, 5 Mei 1987.

merupakan suatu tindakan medis yang dilakukan tidak dengan sengaja akan tetapi di sini ada unsur lalai yang tidak patut dilakukan oleh seorang ahli dalam dunia medis dan tindakan mana yang mengakibatkan sesuatu hal yang fatal (misalnya mati, cacat karena lalai, lihat pasal 359, 360 dan 361 KUHP).⁴³

Pada dasarnya *malpraktek* itu sendiri dibagi dalam tiga jenis, yaitu:

1. Malpraktek kriminil (pidana)

Adalah kesalahan dalam menjalankan praktek yang berkaitan dengan pelanggaran undang-undang hukum pidana, misalnya:

- a. Menyebabkan pasien mati/luka karena kelalaian.
- b. Melakukan abortus provokatus.
- c. Melakukan pelanggaran kesusilaan/kesopanan.
- d. Membuka rahasia kedokteran.
- e. Pemalsuan surat keterangan.
- f. Bersepakat melakukan tindak pidana.
- g. Sengaja tidak memberikan pertolongan pada orang yang dalam keadaan bahaya.

⁴³ Fred Ameln, *Berbagai Kecenderungan dalam Hukum Kedokteran di Indonesia*, makalah Kongres I PERHUKI, 8-12 Agustus 1986, Jakarta, dalam Ninik Mariyanti, *Malapraktek Kedokteran, Dari Segi Hukum Pidana dan Perdata*, Bina Aksara, Jakarta, 1988, hal. 37.

2. Malpraktek sipil (perdata)

Dasar hukumnya adalah *transaksi terapeutik*, di mana dokter bersedia memberikan pelayanan/perawatan medis kepada pasien, dan pasien bersedia membayar sejumlah honor kepada dokter tersebut. Pasien yang dirugikan berhak mengajukan ganti rugi.

3. Malpraktek etik

Jalur etik tidak begitu melihat kepada akibat atau kerugian yang ditimbulkan, karena etik lebih menekankan kepada tindakan yang dilakukan si pelaku dengan berpedoman kepada kode etik profesi.⁴⁴

Secara umum unsur-unsur yang harus dipenuhi pada suatu *medical malpractice*, adalah:⁴⁵

- a. telah menyimpang dari standar profesi kedokteran;
- b. memenuhi unsur *culpa lata* (kelalaian berat);
- c. tindakannya menimbulkan suatu akibat yang serius/fatal.

B. Hukum dan Etika di bidang Kedokteran

Sebelum membahas tentang etika di bidang kedokteran, terlebih dahulu perlu dijelaskan pengertian etika pada umumnya. Istilah etika

⁴⁴ Amri Amir, *Bunga Rampai Hukum Kesehatan*, Widya Medika, Jakarta, 1997, hal. 53-61.

⁴⁵ Bambang Sutrisno JS, *Persetujuan Pasien setelah Pemberian Informasi (Informed Consent) dalam Pelayanan Profesi Kedokteran*, makalah Seminar Malpraktek Kedokteran Aspek Hukum dan Pencegahan, RS ST Elisabeth, Semarang, 1991, hal. 6.

yang muncul dari Aristoteles, berasal dari kata Yunani *ethos* yang berarti adat, budi pekerti (bahasa Inggris = *Ethics*). Di sini etika dapat dipahami sebagai ilmu mengenai kesusilaan,⁴⁶ ilmu tentang apa yang biasa dilakukan atau ilmu tentang adat kebiasaan.⁴⁷ Sedangkan menurut kamus, etika dibedakan atas tiga arti, yaitu: 1) ilmu tentang apa yang baik dan apa yang buruk dan tentang hak dan kewajiban moral (akhlak); 2) kumpulan azas atau nilai berkenaan dengan akhlak; 3) nilai mengenai benar dan salah yang dianut suatu golongan atau masyarakat.⁴⁸

Etika juga dipahami sebagai sebuah cabang filsafat yang berbicara mengenai nilai dan norma moral yang menentukan perilaku manusia dalam hidupnya.⁴⁹ Dalam prakteknya etika mengatur sikap dan tindakan mana yang boleh dilakukan dan mana yang harus dihindari, mana yang baik dan mana yang buruk.⁵⁰ Dengan demikian dapat dikatakan bahwa etika itu membantu manusia untuk bertindak sesuai

⁴⁶ Gunawan, *Memahami Etika Kedokteran*, Kanisius, Yogyakarta, 1992, hal. 11.

⁴⁷ K. Bertens, *Etika*, PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, 1997, hal. 4.

⁴⁸ Lihat *Kamus Besar Bahasa Indonesia*, Departemen Pendidikan dan Kebudayaan, 1988.

⁴⁹ A. Sonny Keraf dan R.H Imam, *Etika Bisnis: Membangun Citra Bisnis Sebagai Profesi Luhur*, Kanisius, Yogyakarta, 1995, hal. 21.

⁵⁰ Soerjono Soekanto dan Kartono Mohamad, *Aspek Hukum dan Etika Kedokteran di Indonesia*, Grafitipers, 1983, hal. 26.

dengan aturan yang telah ditetapkan, sehingga setiap tindakannya itu adalah merupakan suatu hal yang baik.

Dalam kaitannya dengan profesi, etika dapat diartikan sebagai suatu konsensus, suatu kesepakatan bersama diantara pendapat para ahli dalam menentukan hal-hal yang berhubungan dengan standard profesional. Dalam artinya yang demikian tadi maka etika sangat erat berkait dengan: 1) perilaku yang berisikan hak dan kewajiban berdasarkan perasaan moral; 2) perilaku yang sesuai untuk mendukung standard profesi.⁵¹

Pembicaraan tentang etika ini, sering ada kesulitan membedakannya dengan moral. Sebab moral itu juga menyangkut kebaikan⁵² sehingga antara etika dan moral itu pengertiannya hampir sama. Namun secara lebih jelas lagi dapat diuraikan bahwa moral adalah petunjuk konkrit yang siap pakai tentang bagaimana kita harus hidup, etika adalah perwujudan dan pengejawantahan secara kritis dan rasional ajaran moral yang siap pakai itu. Keduanya mempunyai fungsi sama, yaitu memberi orientasi bagaimana dan ke mana kita harus melangkah dalam hidup ini. Bedanya moralitas langsung mengatakan : inilah cara kita

⁵¹ Hermien Hadiati Koeswadji, *Hukum dan Masalah Medik, bagian pertama, Op. Cit.*, hal. 93.

⁵² Al. Purwa Hadiwardoyo, *Moral dan Masalahnya*, Kanisius, Yogyakarta, 1990, hal. 13.

harus melangkah” sedangkan etika justru mempersoalkan apakah kita harus melangkah dengan cara itu? Dan mengapa harus dengan cara itu? Dengan demikian moralitas bisa saja sama, tetapi sikap etis bisa berbeda antara satu orang dengan orang lainnya dalam masyarakat.⁵³

Apabila pengertian etika secara umum adalah berkaitan dengan masalah benar atau salah, tepat atau tidak, wajar atau tidak serta bertanggung jawab atau tidak, maka etika di bidang kedokteran adalah pembahasan masalah tersebut dikaitkan dengan dunia kedokteran.

Etika kedokteran bagi para dokter di Indonesia tercantum dalam Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) yang berasal dari Sumpah Hippocrates yang diakui kalangan dokter Indonesia dan dirumuskan dalam Musyawarah Kerja Sosial Kedokteran Nasional 1969 kemudian dikuatkan dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan pada tanggal 19 Oktober 1969. Sebelum terbentuk KODEKI, pengaturan etika medik terdapat dalam International Code of Medical Ethics yang disusun oleh Third Assembly of the World Medical association 1949; The Declaration of Helsinki Recommendations Guiding Doctors in Clinical Research 1964; Declaration of Geneve 1948 yang kemudian dijadikan PP Nomor 26 tahun 1960 tentang Lafal Sumpah Dokter.⁵⁴

⁵³ A. Sonny Keraf, *Loc. Cit.*

⁵⁴ Partono M. Alibasah, *Masalah Profesi Kesehatan, Hukum Nomor 6 Tahun Kelima, Yayasan Penelitian dan Pengembangan Hukum (law centre), 1979, hal. 39-40.*

Dalam KODEKI yang diberlakukan dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 434/MEN.KES/SK/X/1983 tanggal 28 Oktober 1983 terdapat antara lain: 1) peraturan mengenai dokter; 2) norma-norma tinggi moral/akhlak; 3) tanggung jawab yang diharapkan harus dimiliki oleh dokter; 4) petunjuk-petunjuk mengenai hubungan antar dokter dan pasien.

Etika kedokteran yang diartikan sebagai kewajiban berdasarkan akhlak/moral yang menentukan praktek kedokteran mempunyai tiga azas pokok, yaitu: 1) otonomi, adanya kemampuan untuk bertindak secara mandiri dan dapat mempertanggungjawabkan perbuatannya sebagai seorang yang dewasa dan berkemampuan; 2) bersifat dan bersikap amal, berbudi baik; 3) keadilan, yaitu dalam memberi perlakuan pada individu.⁵⁵

Etika dalam bidang moral dan hukum sekalipun keduanya merupakan pedoman untuk bertingkah laku, namun diantara keduanya terdapat suatu perbedaan, sebab etika itu tidak diundangkan tetapi diatur atau ditulis oleh suatu organisasi profesi sebagai pedoman bagi anggotanya. Sedangkan hukum diatur dalam undang-undang (dibuat oleh DPR dengan Pemerintah).

⁵⁵ Ratna Suprapti Samil, *Etika Kedokteran Penerapan Masa Kini*, makalah Seminar Hukum Kesehatan dan Manajemen Rumah Sakit, Universitas Pelita Harapan, Lippo Village, Tangerang, tanggal 25-26 Juli 1997, hal. 1-2.

Perbedaan yang azasi antara etika dan hukum terletak dalam mematuhi, yaitu etika berkait dengan nilai-nilai intrinsik perbuatan manusia, sedang hukum berkait dengan sesuai tidaknya dengan (peraturan) hukum yang sifat memaksanya dari luar diri manusia. Disamping itu adanya perbedaan bobot yang mendasari motivasi dalam melakukan suatu perbuatan bila etika bukan karena dipaksa atau ditakut-takuti dari kekuatan yang berasal dari luar, tetapi karena dirinya sendiri yakin dan terpanggil bahwa apa yang dilakukannya itu adalah benar.⁵⁶ Diantara keduanya terdapat sanksi, yaitu sanksi moral di satu pihak dan sanksi hukum di lain pihak. Berdasarkan perbedaan tersebut, kode etik itu tidak dapat menggantikan peraturan perundang-undangan, tetapi peraturan perundang-undangan dapat menggantikan kode etik yaitu dalam hal anggota suatu kelompok profesi melakukan perbuatan yang menyimpang dari ketentuan dalam kode etik atau hukum. Namun demikian peran kode etik ini tidak mungkin hilang sekalipun telah ada hukum yang mengaturnya. Jadi keberadaan kode etik tetap diperlukan peranannya sekalipun ada hukum yang mengatur. Keterkaitan antara keduanya sangat diperlukan dalam rangka penegakan hukum.

⁵⁶ Bandingkan dengan Albert A. Ehrenzweig dalam *Psychoanalytic Jurisprudence, On Ethics, aesthetics, and Law, On Crime, Tort, and Procedure*, A.W. Sijthoff, Leiden, Oceana Publications Inc., Dobbs Ferry, N.Y. 1971, hal. 71 dalam Hermien Hadiati Koeswadji, *Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, Asas-asas dan Permasalahan dalam Implementasinya*, Citra Aditya Bakti, Bandung, 1996, hal. 157.

Melalui proses perundang-undangan, ketentuan yang termuat dalam KODEKI dapat menjadi suatu norma atau kaidah yang diwujudkan dalam suatu peraturan hukum. Dalam kaitannya dengan permasalahan di atas, perbuatan yang termasuk dalam *medical malpractice* merupakan perbuatan illegal yang bertentangan dengan KODEKI. Proses perundang-undangan menjadikan KODEKI tersebut menjadi kaidah hukum dalam suatu aturan hukum yang dijemakan dalam Undang-undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan.

Kaidah hukum tersebut terdapat dalam pasal 53 ayat (2) UU Nomor 23 tahun 1992 yang mewajibkan tenaga kesehatan bertindak sesuai dengan standard profesi dan mengancamnya dengan sanksi bagi yang melanggar sesuai pasal 54 UU Nomor 23 tahun 1992.

Kaidah hukum apabila ditinjau dari perseptif teori hukum dapat diklasifikasikan menjadi dua bagian,⁵⁷ yaitu: 1) kaidah hukum primer yang memuat *gedragsvoorschrift* yaitu perintah untuk berperilaku sesuai yang diharapkan oleh hukum, (sebagaimana etika itu sendiri yang memberi pedoman pada perilaku); 2) kaidah hukum sekunder yaitu yang menetapkan sanksi-sanksi tertentu, baik berupa pidana denda ataupun

⁵⁷ Baca Stig Stromholm, dalam J.J.H Bruggink, (terjemahan) Arief Sidharta, *Rechts Reflectie (Grondbegrippen uit de rechtstheorie)*, PT Citra Aditya Bakti, Bandung, 1996, hal. 100.

penjara yang dapat dikenakan jika perintah untuk berperilaku dalam kaidah hukum primer dilanggar.

Dengan demikian kekuatan hukum adalah di atas etika karena hukum dapat memaksakan kehendaknya kepada setiap orang untuk mematuhiya dan pemberian sanksi bagi yang melanggarnya. Sebab hukum bukan sekedar kumpulan peraturan tingkah laku belaka, tapi juga manifestasi konsep-konsep, ide-ide dan cita-cita sosial mengenai pola ideal sistem pengaturan dan pengorganisasian kehidupan masyarakat. Dengan kata lain, hukum memiliki logika sendiri, kehendak sendiri dan tujuan sendiri. Walaupun demikian, hukum tidak dapat merealisasikan sendiri kehendak-kehendaknya tersebut, karena ia hanya merupakan kaidah. Oleh karena itu dibutuhkan kehadiran manusia untuk mewujudkan (aparatus penegak hukum).⁵⁸ Sehubungan dengan hal tersebut, masalah penegakan hukum dalam rangka terwujudnya ketertiban dalam masyarakat itu sangat diperlukan.

C. Penegakan Hukum dalam Lingkup Hukum Kesehatan

Penegakan hukum adalah suatu proses untuk mewujudkan keinginan-keinginan hukum menjadi kenyataan. Adapun yang disebut

⁵⁸ Salman Luthan, *Penegakan Hukum dalam Konteks Sosiologis*, Jurnal Hukum Nomor 7 Volume 4-1997, hal. 57-58.

sebagai keinginan-keinginan hukum di sini tidak lain adalah pikiran-pikiran badan pembuat undang-undang yang dirumuskan dalam peraturan-peraturan hukum itu,⁵⁹ tetapi juga harus melihat pada masyarakat apakah peraturan itu sesuai atau tidak dengan konteks masyarakat. Konteks adalah situasi karena ada kemungkinan perubahan tentang nilai-nilai, keadilan, perubahan tentang fenomena, jadi tidak sekedar keinginan. Dengan demikian dalam rangka penegakan hukum terdapat adanya harapan dari para pembuat undang-undang agar masyarakat mematuhi ketentuan undang-undang.

Masalah penegakan hukum pada dasarnya merupakan kesenjangan antara perilaku hukum masyarakat yang seharusnya (*dassollen*) dengan perilaku masyarakat yang senyatanya (*das sein*). Kesenjangan tersebut menurut Roscoe Pound⁶⁰ merupakan perbedaan antara *law in book* dengan *law in action*. Perbedaan ini mencakup persoalan-persoalan antara lain:

1. Apakah hukum di dalam bentuk peraturan yang telah diundangkan itu mengungkapkan pola tingkah laku sosial yang ada waktu itu;

⁵⁹ Satjipto Rahardjo, *Masalah Penegakan Hukum, suatu tinjauan sosiologis*, Sinar Baru, Bandung, hal. 25.

⁶⁰ Baca Edwin M. Schuur, *Law and Order*, hal. 39 dalam Satjipto Rahardjo, *Hukum dan Perubahan Sosial*, Angkasa, Bandung, 1988, hal. 71.

2. Apakah yang dikatakan pengadilan itu sama dengan apa yang dilakukannya;
3. Apakah tujuan yang secara tegas dikehendaki oleh suatu peraturan itu sama dengan efek peraturan itu dalam kenyataan.

Hukum adalah suatu dunia idealita, maka tidak selalu apa yang diharapkan dari hukum itu dapat terpenuhi, namun di sisi lain hukum adalah juga realita yang dapat terlihat dengan adanya keputusan hakim.

Aparat penegak hukum harus mendalami lebih dahulu isi dari suatu peraturan sehingga sikapnya sesuai dengan standard perilaku yang digariskan hukum. Di sisi lain, isi peraturan hukum itu harus sesuai dengan kondisi masyarakat supaya efektivitas ⁶¹ suatu peraturan itu dapat tercapai.

Berkaitan dengan masalah penegakan hukum, Purnadi Purbacaraka mengatakan bahwa ... kegiatan penyerasian hubungan nilai-nilai yang terjabarkan dalam kaidah-kaidah/pandangan-pandangan nilai yang mantap dan menegajawantah, dan sikap tindak sebagai rangkaian

⁶¹ Soerjono Soekanto, *Efektivikasi Hukum dan Peranan Sanksi*, remaja Karya CV, Bandung, 1985, hal.3: suatu sikap tindak atau perilaku hukum dianggap efektif, apabila sikap tindak atau perilaku pihak lain menuju pada tujuan yang dikehendaki; artinya apabila pihak lain tersebut mematuhi hukum.

penjabaran nilai tahap akhir, untuk menciptakan, memelihara dan mempertahankan kedamaian pergaulan hidup.⁶²

Dengan demikian dalam rangka penegakan hukum itu harus ada penyerasian antara nilai-nilai dan kaidah-kaidah yang mengatur dengan perilaku nyata dari manusia. Masuknya unsur manusia di sini adalah karena manusia itu adalah yang membuat hukum dan sekaligus yang harus melaksanakannya. Sehingga peranan manusia di sini adalah sangat dominan seimbang dengan hukum yang dipakai sebagai pedoman bertingkah laku.

Menurut Soerjono Soekanto⁶³ masalah pokok dari penegakan hukum sebenarnya terletak pada faktor-faktor atau komponen yang mempengaruhinya. Faktor-faktor atau komponen itu adalah:

1. Faktor hukumnya sendiri, atau peraturan perundang-undangan.
2. Faktor penegak hukum, yaitu pihak-pihak yang membentuk maupun yang menerapkan hukum.
3. Faktor sarana atau fasilitas yang mendukung penegakan hukum.
4. Faktor masyarakat, yakni lingkungan di mana hukum tersebut berlaku atau diterapkan.

⁶² Purnadi Purbacaraka, *Penegakan Hukum dalam Mensukseskan Pembangunan*, Alumni, Bandung, 1977

⁶³ Soerjono Soekanto, *Faktor-faktor yang mempengaruhi Penegakan Hukum*, CV Rajawali, Jakarta, 1986, hal. 5.

5. Faktor kebudayaan, yakni sebagai hasil karya, cipta dan rasa yang didasarkan pada karsa manusia di dalam pergaulan hidup.

Kelima faktor tersebut di atas saling berkaitan dengan eratnya. Oleh karena itu merupakan tolok ukur dari efektivitas penegakan hukum dalam masyarakat.

Secara teori pada umumnya ada tiga macam cara berlakunya hukum⁶⁴ yaitu:

1. Secara juridis, dalam hal ini ada beberapa pandangan, yaitu: a) Hans Kelsen (*The Pure Theory of Law*) menyatakan bahwa hukum mempunyai keberlakuan juridis apabila penentuannya berdasarkan pada kaidah yang lebih tinggi; b) Zevenbergen (*Formele Encyclopaedie der Rechtswetenschap*) menyatakan bahwa suatu kaidah hukum mempunyai keberlakuan juridis apabila kaidah tersebut menurut cara-cara yang telah ditetapkan; c) Logemann (*Over de Theorie van een Stelling Staatsrecht*) menyatakan bahwa suatu kaidah hukum mengikat apabila menunjukkan hubungan keharusan antara suatu kondisi dengan akibatnya.
2. Secara sosiologis, yang berintikan pada efektivitas hukum. Dalam hal ini ada dua teori pokok, yaitu: a) menurut teori kekuasaan, hukum

⁶⁴ Soerjono Soekanto, *Beberapa Permasalahan Hukum Dalam Rangka pembangunan di Indonesia*, UI Press, Jakarta, 1986, hal. 34-35.

berlaku secara sosiologis apabila dipaksakan berlakunya oleh penguasa terlepas apakah masyarakat menerima atau menolak;

b) menurut teori pengakuan, berlakunya hukum didasarkan pada penerimaan atau pengakuan oleh masyarakat kepada siapa hukum

tersebut berlaku.

3. Secara filosofis artinya hukum itu sesuai dengan cita-cita hukum sebagai nilai positif yang tertinggi.

Dalam pelaksanaannya di lapangan, setiap kaidah hukum itu harus memenuhi ketiga unsur di atas. Sebab apabila suatu kaidah hukum hanya berlaku secara yuridis maka kaidah tersebut dapat dikatakan sebagai suatu kaidah mati dan bersifat kaku karena ketentuannya sudah bersifat paten, tidak bisa berubah. Sedangkan apabila suatu kaidah hukum itu hanya berlaku secara sosiologis, maka kaidah hukum itu bersifat memaksa karena setiap tindakan yang dilakukan seseorang yang tidak sesuai dengan norma/adat yang berlaku dikatakan sebagai tindakan yang menyimpang. Selain itu, apabila kaidah hukum itu hanya berlaku secara filosofis, maka kaidah hukum itu hanya ada dalam angan-angan sebagai sesuatu yang dicita-citakan dalam dunia idea.

Penegakan hukum dalam bidang kesehatan ini berpedoman pada KODEKI dan Undang-undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan. Seperti halnya penegakan hukum pada umumnya, dalam

bidang kesehatan juga terkait berbagai pihak yang berperan dalam kegiatan di bidang kesehatan terutama dalam hubungan dokter-pasien yang dikenal dengan istilah *transaksi terapeutik*.

Dalam suatu *transaksi terapeutik* yang didalamnya terikat hubungan antara pihak yang membutuhkan bantuan pengobatan dan pihak yang mempunyai kemampuan mengobati, secara umum model hubungan yang ditimbulkan meliputi:

1. Model rekayasa, mereka yang bekerja di bidang kesehatan melepaskan tanggung jawab moralnya sebagai seseorang yang menyetujui untuk tidak memberikan pengawasan secara penuh terhadap pasien. Dengan demikian, tujuan dokter adalah untuk menghadirkan semua fakta-fakta yang ada kepada pasien sehingga pasien dapat mengambil keputusan sendiri.
2. Model paternalistik, mereka yang bekerja di bidang kesehatan dipandang sebagai seorang ahli tidak hanya di bidang kesehatan tetapi juga untuk permasalahan moral. Para profesional kesehatan yang paternalistik dianggap selalu mengetahui apa yang terbaik bagi pasiennya, sehingga pasien harus mempercayai kearifan dan kemurahan hati dari mereka yang mempunyai keahlian tersebut.

3. Model kontrak sosial yang memberikan penekanan pada kebutuhan nilai etis dalam interaksi manusia yang sejati. Secara mutlak mereka menerima hak dan kewajiban yang sifatnya saling menguntungkan.⁶⁵

Transaksi terapeutik adalah transaksi (perjanjian, *verbinten*) untuk menentukan, mencari terapi yang paling tepat bagi pasien oleh dokter.⁶⁶ *Transaksi terapeutik* ini lazimnya mengenai perawatan, karena di satu pihak pasien berkehendak agar dia sembuh dan di pihak lain dokter berkehendak merawat pasien. Sehingga apabila dikaitkan dengan ketiga model hubungan antara dokter-pasien seperti dikemukakan di atas adalah sesuai dengan model hubungan kontrak sosial karena adanya jaminan pemberian hak dan kewajiban kepada para pihak.

Perjanjian merawat timbul apabila terjadi persetujuan untuk merawat dan dirawat. Pihak yang dirawat (pasien) mempunyai hak atas informasi mengenai perawatan untuk mnyembuhkan penyakitnya, sedangkan pihak yang merawat wajib memberikan informasi itu terutama mengenai risiko perawatan yang mungkin dapat timbul.⁶⁷

⁶⁵ Robert T. Francocur, *Biomedical Ethics A Guide to Decision Making*, A Wiley Medical Publication, John Wilcy & Sons, Inc, United States of America, 73-74.

⁶⁶ Hermien Hadiati Kocswadji, *Beberapa Permasalahan Hukum dan Medik*, *loc. Cit.*

⁶⁷ Periksa Soerjono Sockanto, *Aspek Hukum Kesehatan (suatu kumpulan catatan)*, IND-HILL.CO, 1989, sebagaimana dikutip oleh R. Suharto, *Hubungan Dokter-Pasien dan Informed Consent suatu Kajian menurut Hukum Perdata*, Masalah-masalah Hukum Nomor 11 Tahun XXII-1992, hal. 17.

Berdasarkan pengertian tersebut di atas, dapat ditarik kesimpulan bahwa unsur-unsur dalam sebuah *transaksi terapeutik* itu antara lain:

1. merupakan sebuah perjanjian;
2. usaha mencari terapi paling tepat;
3. merupakan usaha dokter untuk kesembuhan pasien.

1. Medical Malpractice dalam Lingkungan Budaya Masyarakat Kedokteran Jawa Tengah dikaitkan dengan Subsistem Ekonomi

Penelitian terhadap *medical malpractice* sebagai suatu perbuatan melawan hukum ini dilakukan di wilayah Jawa Tengah dengan cara melakukan penelitian lapangan dalam lingkup penelitian kualitatif. Adapun kontribusi informasi diperoleh dari para informan yang meliputi: pasien, dokter, paramedis, ahli hukum medik, aparat penegak hukum.

Analisa terhadap hasil penelitian dilakukan menurut model analisis mengalir (*flow analysis*) dari satu informasi ke informasi yang lain, dengan mengikuti prinsip bola salju (*snow-balls*).

Penelitian terhadap tindakan *medical malpractice* yang dilakukan oleh dokter adalah berkaitan dengan masalah penegakan hukum dalam bidang kesehatan yaitu mengenai KODEKI dan

Undang-undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan. Penegakan hukum itu sendiri dilakukan oleh lembaga-lembaga Kejaksaan, Kepolisian dan Pengadilan.

Pengamatan empiris menyimpulkan bahwa proses bekerjanya hukum dalam masyarakat tidak dapat dipisahkan dari lingkungan yang mempengaruhinya. Sehingga bukanlah suatu hal yang mustahil jika target dari suatu perundang-undangan dalam rangka rekayasa sosial tidak terpenuhi akibat dari kuatnya pengaruh lingkungan.⁶⁸

Pengaruh lingkungan yang dimaksud meliputi faktor-faktor sosial, budaya, ekonomi serta faktor personal lainnya yang melingkupi kehidupan individu. Faktor-faktor ini jelas sangat berpengaruh bagi bekerjanya hukum dalam masyarakat, baik dalam taraf pembuatan hukum sampai pada taraf pelaksanaan hukum itu sendiri.

Sebagian dari dokter-dokter yang telah mengucapkan sumpah dokter sebagai pemegang peran dalam *transaksi terapeutik* ternyata tidak berperilaku sebagaimana yang telah ditetapkan dalam peraturan perundang-undangan, mereka melakukan *medical malpractice* yang justru bertentangan dengan KODEKI maupun Undang-undang Nomor 23 tahun 1992 yang merupakan pedoman bagi para dokter.

⁶⁸ Satjipto Rahardjo, *Masalah Penegakakan Hukum, suatu tinjauan sosiologis*, Op. Cit., hal. 5.

a. Profesi Dokter

Seorang pemegang profesi dalam kegiatannya bukan hanya sekedar melaksanakan pekerjaan untuk mencari nafkah, sehingga perlu adanya peningkatan kemampuan demi memenuhi unsur pengabdian. Pengertian kerja itu sendiri apabila ditinjau dari segi filsafat itu bukanlah semata-mata sarana mencari makan, melainkan juga sarana perikemanusiaan.

Dalam rangka untuk lebih mendalami masalah profesi dokter⁶⁹, perlu dikemukakan pengertian tentang profesi dan profesionalisme disamping pengertian dokter itu sendiri.

1) Pengertian umum

Ada banyak pendapat yang dikemukakan oleh para ahli mengenai pengertian dari profesi dan profesionalisme.

Pendapat-pendapat tersebut antara lain:

a) Kenneth Hudson mengemukakan adanya tiga karakteristik pada sebuah profesi, yaitu:

(1) Menjadi anggota profesi harus melalui ujian oleh badan pengawas dan penguji di dalam organisasi profesi

⁶⁹ Pengertian dokter adalah orang yang karena pengetahuannya, diberi hak dan kewajiban untuk memeriksa penderita, mendiagnosa penyakitnya, memberikan pengobatan dan menentukan prognosa secara rasional berdasarkan kaidah ilmu kedokteran, lihat Taufik F. Adisusilo, *Terkun Sejahat Itukah ?*, dalam Bunga Rampai Hukum dan Profesi Kedokteran dalam Masyarakat Indonesia, Jef. Leibo, (penyunting), Liberty, Yogyakarta, 1986, hal. 78.

sendiri (unsur bebas). Calon harus membuktikan cukup pengetahuan, cukup ketrampilan dan pengetahuan praktek.

(2) Keanggotaan profesi dapat dicabut apabila anggota itu ternyata tidak "meng-up-to-date-kan" ilmu dan ketrampilan mereka, serta apabila mereka tidak mentaati kode etik profesi di dalam kehidupan profesional dan kehidupan pribadi.

(3) Pengaduan-pengaduan terhadap anggota harus dinilai dan diadili oleh suatu badan peradilan di dalam organisasi itu sendiri.⁷⁰

b) Batasan profesi adalah:

(1) Dasar ilmiah berupa ketrampilan untuk merumuskan ke sesuatu berdasarkan teori akademi, dan memerlukan sesuatu dasar pendidikan yang baik dan diakhiri dengan suatu sistem ujian.

(2) Praktik sesuatu. Adanya suatu bentuk perusahaan, yang berdiri sendiri, sehingga memungkinkan dipupuknya hubungan pribadi dalam memecahkan kebutuhan para

⁷⁰ Kenneth Hudsons, *The Jargon of the Professions*, sebagaimana dikutip oleh Soemarno P. Wirjanto, *Peradilan Hukum dan Peradilan Kode Etik Profesi Kedokteran dan Profesi Advokat*, makalah Simposium Panel Hukum dan Profesi Kedokteran, Yogyakarta, 6 Februari 1982, hal. 4.

klien yang bersifat pribadi pula. (Person-person basis) diiringi dengan sistem pembayaran honorarium.

(3) Fungsi penasehat. Fungsi sebagai penasehat sering diiringi dengan fungsi pelaksana dari nasehat yang telah diberikan.

(4) Jiwa mengabdikan. Adanya pandangan hidup yang bersifat obyektif dalam menghadapi persoalan, tidak mementingkan diri sendiri. Mengutamakan motif-motif yang bersifat materiel.

(5) Adanya suatu kode yang mengendalikan sikap dari para anggota.⁷¹

c) Profesi ditandai dengan ciri-ciri sebagai berikut:

(1) Menerima imbalan untuk yang diberikan, (2) Memakai istilah teknis, (3) Menggunakan lambang pekerjaan, (4) Berpendidikan formal, (5) Etika, (6) Internasionalisasi, (7) Otonomi, (8) Monopoli dan lisensi, (9) Status sosial.⁷²

Dari beberapa pendapat tentang profesi, pembatasan

⁷¹ Periksa keputusan PERADIN dalam Seminar Pembinaan Profesi Hukum sebagaimana dikutip oleh Ignatius Ridwan Widyadharma, *Hukum Profesi tentang Profesi Hukum*, CV Wahyu Pratama, Semarang, 1988, hal. 16.

⁷² Gunawan, *Op. Cit.*, hal. 15.

tentang profesi itu telah terwakili dalam pendapat yang dikemukakan oleh Talcott Parsons, yang mengemukakan adanya tiga kriteria utama untuk mengkualifikasi apakah suatu okupasi (lapangan pekerjaan) itu termasuk profesi atau tidak.

Kriteria bagi suatu profesi menurutnya adalah:

- a) Bahwa profesi itu berbeda dengan okupasi biasa akan dilaksanakan atas dasar keahlian yang tinggi, dan karena itu hanya dapat dimasuki oleh mereka yang telah menjalani pendidikan dan pelatihan teknis yang amat lanjut; sehubungan dengan hal tersebut, setiap profesi pun selalu mengembangkan pranata dan lembaga untuk menetapkan standar keahlian yang diperlukan untuk mengefektifkan jasa profesi, dan sekaligus juga menilai kemampuan individu-individu yang menjalani profesi itu (untuk menjaga agar standar keahlian tetap terjaga).
- b) Mensyaratkan agar keahlian yang dipakainya selalu berkembang secara nalar dan dikembangkan dengan teratur seiring dengan kebutuhan masyarakat yang minta dilayani oleh profesi yang menguasai keahlian profesional itu; dengan demikian standar keahlian yang dituntut oleh profesi tidaklah akan statis dan konservatif, melainkan

selalu dinamik dan progresif, bersejalan dengan perkembangan masyarakat yang harus dilayani oleh profesi itu.

- c) Profesi itu selalu mengembangkan pranata dan lembaga untuk mengontrol agar keahlian-keahlian profesional didayagunakan secara bertanggung jawab, bertolak dari iktikad pengabdian yang tulus dan tak berpamrih, dan semua itu dipikirkan untuk keselamatan sesama.⁷³

Dengan demikian, unsur-unsur yang harus dipenuhi bagi suatu profesi adalah: (1) keahlian tinggi, (2) pengetahuan yang dinamis, (3) tanggung jawab, pengabdian.

Berdasarkan pengertian profesi tersebut di atas, maka profesi ini bertumpu pada suatu paham atau ideologi profesionalisme, yaitu suatu kekuatan antitesis yang dianut sejumlah kelompok sosial yang berkeahlian yang mencoba bertahan untuk menegakkan status dan kehormatan dirinya dalam masyarakat dengan menyatakan bahwa keahlian yang mereka kuasai bukanlah komoditas jasa yang hendak diperjual belikan (demi nafkah) melainkan suatu kebajikan yang

⁷³ Talcott Parsons, *Professions*, sebagaimana disadur oleh Soetandyo Wignjosoebroto, *Profesi dan Profesionalisme*, Op. Cit., hal. 1-2.

hendak diabdikan (demi kesejahteraan sesama masyarakat dan demi kehormatan diri). Jasa yang dibaktikan kaum profesional kepada sesama bukanlah dimaksudkan untuk mencari imbalan upah-upah yang hina, melainkan untuk menegakkan kehormatan sehubungan dengan tekad dan iktikadnya yang ikhlas untuk mengamalkan kemampuan dan keahlian bagi kemaslahatan umum.⁷⁴

2) Profesi dan Profesionalisme dalam Bidang Medik

Profesi medik (kedokteran) merupakan profesi yang sudah cukup tua, bahkan paling tua diantara profesi-profesi lainnya. Sebab kaidah-kaidah yang harus ditaati oleh para dokter itu sudah digariskan sejak 400 tahun sebelum Masehi oleh Hippocrates, yaitu bapak kedokteran modern. Salah satu hasil pemikirannya yang mendasari bagi setiap tindakan dokter adalah sumpah Hippocrates yang merupakan suatu etika ilmu kedokteran yang memberikan petunjuk yang pasti. Sumpah Hippocrates pada dasarnya memuat:

- a) Perlindungan kepentingan publik dari perbuatan yang masih mencoba-coba atau dari pengobatan palsu yang dilakukan oleh bukan seorang dokter.

⁷⁴ *Ibid.*, hal. 2-3.

- b) Dokter bertindak yang menguntungkan pasien.
- c) Larangan bagi aborsi dan euthanasia.
- d) Larangan mengambil keuntungan dalam hubungan dokter-pasien.
- e) Merupakan doktrin kerahasiaan medik.⁷⁵

Lafal sumpah Hippocrates sepanjang masa mengalami berbagai perubahan. Dari sumpah Hippocrates ini dikembangkan sumpah dokter yang pada dasarnya seragam di berbagai negara. Dalam Sidang Umum Persatuan Dokter Sedunia (*World Medical Association*) di Jenewa tahun 1948, dirumuskan suatu deklarasi yang pada intinya sama dengan sumpah Hippocrates. Deklarasi ini kemudian diperbaiki lagi dalam sidang ke-22 di Sydney tahun 1968. Terjemahan deklarasi Jenewa melahirkan Lafal Sumpah Dokter yang diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 26 tahun 1960.

Di samping sumpah Hippocrates, dikenal pula adanya dalil Hippocrates yang secara garis besar ada tiga pokok, yaitu:

- a) Setiap dokter harus menguasai ilmunya sebaik mungkin dan selalu berusaha meningkatkannya.

⁷⁵ Mason & Mc Call Smith, *Law and Medical Ethics, second edition*, Butterworth & Co (publishers) Ltd, London, 1987, hal. 5.

- b) Seorang dokter harus menjaga martabat profesinya.
- c) Seorang dokter harus menjadi seorang yang suci dan mengabdikan diri sepenuh waktunya untuk profesinya.

Dalil Hippocrates ini mendasari isi Kode Etik Kedokteran Internasional yang dirumuskan dalam sidang ketiga World Medical Association tahun 1949 di Inggris dan diperbaiki dalam sidang tahun 1968 di Sydney. Selanjutnya menjadi dasar Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) sebagaimana termuat dalam Lampiran SK Menkes Nomor 434/MENKES/SK/X/1983 tanggal 28 Oktober 1983,⁷⁶ adalah sebagai pedoman perilaku bagi pengemban/pelaksana profesi medik.⁷⁷

Seorang penulis masalah etika dari Edinburgh pada tahun 1722 menggambarkan ilmu kedokteran sebagai: "Profesi yang liberal ... dilatih melalui kehormatan yang tinggi dan dengan cara yang terus terang dan jujur, di dalamnya terletak alasan paternalisme. Pada abad 19 profesi dalam ilmu kedokteran menjadi dikaitkan dengan tingkat pendidikan yang

⁷⁶ Gunawan, *Op. Cit.*, hal. 14-15.

⁷⁷ Hermien Hadiati Koeswadji, *Panel Diskusi Peranan Pendidikan Kedokteran dalam Menegakkan Kode Etik Kedokteran Indonesia dan Pemantapan Citra Dokter di dalam Masyarakat*, Makalah Panel Diskusi, Peranan Pendidikan Kedokteran, Surabaya, 1981, hal. 2.

tinggi, menjadi banyak memiliki hak-hak istimewa pada kelompok kelas menengah, akibatnya dokter cenderung berasumsi mempunyai superioritas dibandingkan dengan pasien.⁷⁸ Sikap dan anggapan yang "superioritas" atas diri seorang dokter sebenarnya dapat dikurangi asal saja para dokter mau memahami dan menjalankan ketentuan bagi pemegang profesi medik. Sebab profesi dokter sesungguhnya bukan profesi bisnis, profesi dokter adalah suatu profesi yang disertai dengan moralitas tinggi, siap memberikan pertolongan kepada siapa saja dan kapan saja.⁷⁹ Hal ini adalah sesuai dengan ciri-ciri profesi keperawatan kesehatan, yaitu:

- a) Siapapun juga yang meminta bantuan kepada orang yang profesional ini pada umumnya berkedudukan sebagai pihak yang tergantung, yaitu ia meminta bantuan seperti ini dengan tujuan khusus di dalam pikirannya, misalnya untuk mengembangkan kesehatannya, untuk mengajukan tuntutan hukum atau mewujudkan keinginannya.
- b) Siapapun yang meminta bantuan dari orang yang mempunyai profesi yang bersifat rahasia, tidak dapat

⁷⁸ *Mason & Mc Call Smith, Op. Cit.*, hal. 11.

⁷⁹ *Gunawan, Loc. Cit.*

menilai keahlian profesional itu, sekali lagi ini secara hukum.

- c) Hubungan antara orang yang minta pertolongan dengan orang yang memberi pertolongan bersifat rahasia dalam pengertian bahwa pihak pertama diminta untuk mempersiapkan informasi-informasi yang cenderung tidak akan dibuka terhadap pihak lain.
- d) Siapapun juga yang mempraktekkan profesi yang memerlukan kerahasiaan hampir selalu berkedudukan mandiri, kecuali ia tidak bekerja sendiri. Sungguhpun demikian, dalam kasus tersebut seorang yang mempunyai profesi ini bersifat otonom dan sedikit kemungkinannya dilakukan pembetulan-pembetulan oleh pihak pemberi kerja.
- e) Ciri dari pekerjaan ini adalah tidak selalu memberikan jaminan hasil yang sifatnya pasti, tetapi hanya meletakkan kewajiban seseorang untuk melakukan pekerjaan yang terbaik. Kewajiban ini tidak dapat dengan mudah diuji.⁸⁰

Berdasarkan ciri-ciri profesi perawatan kesehatan tersebut dapat ditarik kesimpulan bahwa dalam hubungan

⁸⁰ W. B. Van der Mijl, *Medical Disiplinary Law-Issues of Health Law*, Tim Pengkajian Hukum Kesehatan, BPHN, Jakarta, tanpa tahun, hal. 1.

antara dokter dengan pasien dasar utamanya adalah kepercayaan. Kepercayaan di sini bahwa pasien percaya akan kemampuan dokter mengobati sakitnya berdasarkan ilmu yang dimiliki oleh dokter tersebut, serta adanya jaminan terlindunginya rahasia yang terungkap pada saat hubungan dokter dan pasien terjadi. Sebab sesuai pendapat Ralph W. Tyler, pekerjaan dokter adalah pekerjaan yang profesional, dan tidak setiap orang dapat memiliki ilmu kedokteran.⁸¹

Setiap dokter harus selalu mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan sebagaimana diatur dalam pasal 18 KODEKI supaya tidak tertinggal dengan kemajuan ilmu pengetahuan itu sendiri. Di samping itu, dokter sebagai seorang profesional juga harus menyimpan rahasia yang diketahui berdasarkan pengetahuannya mendeteksi penyakit pasien supaya ada jaminan keamanan atau juga untuk menutupi rasa malu pasien apabila penyakitnya diketahui oleh orang lain, seperti yang diatur dalam pasal 13 KODEKI.

⁸¹ Pekerjaan yang profesional menurut Ralph W. Tyler mempunyai ciri-ciri pokok:

1. Adanya suatu kode etik;
2. Mendasarkan teknik pelaksanaannya pada prinsip-prinsip dan bukan pada cara yang mudah dihafal atau ketrampilan sehari-hari yang sederhana.

Sebagaimana dikutip oleh Afdel, *Responsibilitas Dokter dalam Menjalankan Profesi*, Makalah Seminar Hukum Kedokteran dalam rangka Dies Natalis ke-XXVII dan Wisuda UNAIR 1980/1981, hal. 6.

Berkaitan dengan kewajiban menyimpan rahasia, sebagaimana pendapat dari Lebacqz dan Levine bahwa ditinjau dari perspektif etis, sudah sepantasnya bahwa berdasarkan prinsip menghormati seseorang ia mempunyai hak akan konfidensialitas terhadap semua dokumen dan catatan medik mengenai dirinya.⁸² Dengan demikian dokter harus berpegang teguh untuk menyimpan rahasia pasien yang diketahuinya, karena pasien telah memberikan kepercayaan kepada dokter sebagai seorang profesional atas kepercayaan dari pasien. Apabila hal ini dilanggar, sangat mungkin kepercayaan pasien kepada dokter akan hilang. Padahal bagi suatu profesi, wajib simpan rahasia adalah mutlak diperlukan. Di samping pengaturan dalam KODEKI, wajib simpan rahasia kedokteran secara lebih khusus di Indonesia diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 10 Tahun 1966. Melihat hal ini, betapa Pemerintah juga ikut memperhatikan masalah kerahasiaan pasien sebagai perlindungan terhadap hak pasien.

⁸² Lebacqz, K and Levins J, *Respect for Persons and Informed Consent to Participate in Research*, Clinical Research 25: 101, 1977 sebagaimana disadur oleh Benyamin Lumenta, *Hak akan kerahasiaan dan Konfidensialitas dalam Pelayanan Kesehatan*, Medika, Nomor 8, Tahun 15, Agustus 1989, hal. 704.

Berangkat dari pembicaraan tentang profesionalisme, dalam diri setiap dokter sebagai pemegang profesi juga harus terkandung komponen teknik (teknologi) dan komponen etik (qnosis).

Komponen teknik dalam dunia kedokteran berupa perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi sebagai suatu hal yang mutlak dimiliki seorang dokter dapat dikuasai melalui pendidikan formal seperti: program spesialisasi; maupun non formal seperti: seminar, diskusi ilmiah.

Untuk penguasaan teknologi melalui cara belajar mandiri, seperti membaca buku, ternyata tidak setiap dokter “mempunyai waktu”. Apalagi bagi dokter yang sangat sibuk, karena tenaganya sangat dibutuhkan di rumah sakit, kegiatan banyak difokuskan pada penanganan pasien. Tidak adanya waktu ini juga disebabkan karena ada sebagian dokter yang tidak hanya bekerja di satu tempat.

Dalam praktek, pemahaman di bidang iptek lebih mudah diperoleh melalui forum seminar maupun diskusi ilmiah bidang medik. Hal ini dapat dilakukan dokter, baik dengan biaya dinas maupun pribadi, sehingga menjadi pilihan karena

selain waktunya singkat, biayanya tidak terlalu besar juga materi yang disajikan lebih praktis dan *up to date*.

Komponen teknik bagi profesi kedokteran dapat menimbulkan dampak dan tantangan baik yang bersifat positif maupun negatif.⁸³

a) Dampak Positif

(1) Dalam bidang ilmu dan teknologi kedokteran, perkembangan iptek mampu meningkatkan mutu pelayanan kedokteran. Penelusuran diagnosis dan penyebab penyakit menjadi lebih dini dan lebih akurat, sehingga penanganan dan pengobatan penyakit menjadi lebih baik. Hal ini dapat mengakibatkan: (a) angka penyakit dapat diturunkan, (b) angka kematian menurun, (c) angka harapan hidup rata-rata dapat ditingkatkan.

(2) Dalam bidang ilmu dan teknologi yang bukan kedokteran, misalnya:

(a) dalam penerapan ilmu ekonomi dan administrasi kesehatan mampu meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelayanan kesehatan;

⁸³ Gunawan, *Op. Cit.*, hal. 73-74.

(b) dalam penerapan ilmu hukum kesehatan memperjelas tentang hak dan kewajiban dokter maupun pasien;

(c) dalam penerapan ilmu dan teknologi komunikasi dan sosiologi mampu meningkatkan kegiatan penyuluhan kesehatan.

b) Dampak Negatif

(1) Dana yang dipergunakan untuk diinvestasikan dan pemeliharaan alat canggih ini tinggi, dan akhirnya diperhitungkan dalam biaya pengobatan.

(2) Meningkatnya umur harapan hidup menyebabkan makin meningkatnya jumlah orang usia lanjut. Ini dapat menimbulkan bermacam-macam masalah kesehatan.

(3) Perkembangan iptek kedokteran mendorong lahirnya spesialisasi dan sub-spesialisasi, sehingga mengubah pola pelayanan kesehatan. Penderita tidak lagi dipandang sebagai orang perorang seutuhnya melainkan hanya sebagai organ perorgan. Akibatnya bukan saja penanganannya tidak sempurna, namun juga mendorong tingginya biaya perawatan kesehatan.

Biaya bagi pengobatan oleh dokter spesialis biasanya tiga kali biaya pengobatan pada dokter umum.

(4) Hubungan antara dokter dengan pasien yang semula bersifat paternalistik berubah menjadi bersifat mekanis dan komersial. Seakan-akan dokter menjadi penjual jasa kedokteran dan pasien adalah pembelinya.

Komponen etik sebagai pasangan dari komponen teknik dalam suatu profesi, juga harus dimiliki oleh profesi kedokteran. Komponen etik di sini adalah KODEKI yang merupakan buku pedoman yang diakui kalangan dokter Indonesia. Sehingga setiap tindakan yang dilakukan oleh dokter harus didasarkan pada KODEKI.

b. Standard Profesi Medik

Standard profesi medik yang berarti cara bertindak secara medik dalam peristiwa yang nyata berdasarkan ilmu pengetahuan dan pengalaman,⁸⁴ dipakai sebagai pedoman dalam melakukan tindakan tindakan medik. Untuk itu maka harus ada ketentuan yang baku mengenai hal ini, sebab kalau tidak terdapat akan ada kekacauan dalam pelaksanaannya. Perumusan standard

⁸⁴ H.J.J Leenen dan P.A.F. Lamintang, *Pelayanan Kesehatan dan Hukum*, Binacipta, Bandung, 1981, hal. 34.

profesi medik di samping sebagai pedoman bagi para dokter, juga dapat dipakai sebagai alat kontrol dari pasien. Sebab pasien dapat mengetahui batasan tindakan yang sesuai dengan standard profesi, sehingga kalau ada kegagalan dari tindakan medik, tidak mudah melemparkan kesalahan pada dokter.

Pengertian standard profesi bukan tidak dapat diartikan bahwa setiap dokter harus melakukan tindakan medik yang sama bagi setiap pasien dengan jenis penyakit yang sama. Sebab sesuai dengan obyek *transaksi terapeutik* yaitu penyembuhan suatu penyakit (*medical treatment, curative*). Mengingat kondisi manusia yang satu dengan lainnya adalah tidak sama, maka penyakit yang dideritanya pun bersifat kasuistik, berbeda antara pasien yang satu dengan lainnya. Maka dalam penyembuhan suatu penyakit pasien, sangat dimungkinkan dokter melakukan pengobatan yang berbeda untuk jenis penyakit yang sama bagi beberapa pasien. Hal ini adalah diperbolehkan sepanjang alternatif pengobatan tersebut sesuai dengan standard medik. Hal ini diperkuat dengan adanya teori *Respectable Minority*

Rule, bahwa seorang dokter tidak dianggap berbuat lalai apabila ia memilih salah satu dari sekian cara pengobatan yang diakui.⁸⁵

Dalam setiap *transaksi terapeutik* harus ada persetujuan terlebih dahulu antara kedua pihak, yaitu dokter dan pasien. Kesepakatan yang terjadi dalam *transaksi terapeutik* adalah kesepakatan antara pasien yang berdasarkan kepercayaan kepada dokter akan kemampuannya mengobati sakit pasien berdasarkan kemampuan dan ilmu pengetahuannya di bidang medik, dan kesepakatan dokter untuk mengobati sakit pasien. Dengan demikian ada kesepakatan antara dokter dengan pasien dalam upaya menentukan, mencari terapi yang paling tepat bagi pasien oleh dokter. Kesepakatan itu sendiri berarti persesuaian kehendak, namun kehendak atau keinginan itu harus dinyatakan,⁸⁶ dapat dengan lisan, surat, telegram, telpon dan sebagainya. Dari ini timbul suatu *proposal* (usul) dan *acceptence* (penerimaan), sehingga menimbulkan suatu persetujuan, yang mengakibatkan ikatan-ikatan bagi mereka.⁸⁷

⁸⁵ J. Guwandi, *Kelalaian Medik (Medical Negligence)*, edisi kedua, Fakultas Kedokteran UI, Jakarta, 1994, hal. 90.

⁸⁶ Subekti, *Aneka Perjanjian*, Alumni, Bandung, 1986, hal. 6.

⁸⁷ Achmad Ichsan, *Hukum Perdata IB*, PT Pembimbing Masa, Jakarta, 1969, hal. 14.

Kesepakatan dalam kaitannya dengan *transaksi terapeutik* dari sisi pasien adalah kesediaannya untuk mengikuti saran dokter untuk atas dirinya dilakukan suatu tindakan medik. Kesepakatan atau persetujuan pasien ini didasarkan atas informasi yang diberikan oleh dokter sebelum dilakukannya tindakan medik terhadap diri pasien. Kesepakatan atau persetujuan pasien ini disebut Persetujuan Tindakan Medik (Pertindik) sebagai terjemahan dari *Informed Consent* sebagaimana diatur dalam Permenkes Nomor 585/Men.Kes/Per/IX/1989. Landasan filosofis perlunya *Informed Consent* adalah doktrin *a man is the master of our body*, yang dilatarbelakangi adanya: 1) ketidakpastian; 2) ada resiko; 3) akibat-akibat yang tidak menguntungkan.

Adapun informasi yang diberikan dokter kepada pasien menurut Leenen adalah:

- 1) Diagnosis;
- 2) Terapi dengan kemungkinan adanya alternatif;
- 3) Cara kerja dan pengalaman;
- 4) Risiko-risiko;
- 5) Kemungkinan perasaan sakit atau perasaan lain (misalnya gatal-gatal dan sebagainya);

- 6) Keuntungan-keuntungan terapi;
- 7) Prognosis (ramalan jalannya penyakit).⁸⁸

Informasi tersebut harus diberikan oleh dokter kepada pasien, baik diminta maupun tidak. Namun di dalam prakteknya seringkali hal tersebut tidak disampaikan kepada pasien, yang salah satunya adalah dengan alasan adanya pengecualian bahwa dokter tidak perlu memberi informasi, yaitu:

- 1) jika terapi menghendaki demikian;
- 2) jika merugikan pasien;
- 3) jika pasien sakit jiwa;
- 4) jika pasien belum dewasa.⁸⁹

Tetapi sebenarnya tidak disampaikannya informasi tersebut lebih condong pada alasan bahwa pasien tidak terlalu membutuhkan informasi tersebut, namun yang dibutuhkan pasien adalah penanganan dari dokter untuk penyembuhan penyakitnya. Di samping itu, dokter biasanya hanya melakukan pemeriksaan singkat, sedang masalah informasi disampaikan oleh perawat. Jadi waktu tatap muka antara dokter dengan pasien lebih singkat dibanding tatap muka pasien dengan perawat. Biasanya

⁸⁸ Huscin Kerbala, *Op. Cit.*, hal. 66.

⁸⁹ Bambang Sutrisno. J.S, *Op. Cit.*, hal. 3.

informasi yang disampaikan kepada pasien hanya nama penyakit, tindakan yang akan dilakukan dokter untuk mengobati pasien serta obat yang harus diminum. Dengan demikian untuk Indonesia informasi kepada pasien tidak diterapkan sepenuhnya seperti yang dikemukakan oleh Leenen. Hal ini adalah sesuai dengan budaya masyarakat Indonesia yang memandang dokter itu lebih tahu tentang kondisi seseorang daripada orang yang bersangkutan itu sendiri. Hal ini juga sesuai dengan ketentuan pasal 5 PERMENKES Nomor 585/Men.Kes/Per/IX/1989 tentang PERTINDIK, bahwa informasi yang diberikan kepada pasien mencakup keuntungan dan kerugian daripada tindakan medik. Jadi hanya garis besarnya saja, tidak secara mendetail, yaitu hanya dua (2) hal :

- 1) Diagnosis ;
- 2) Terapi .

Faktor kepercayaan pasien akan kemampuan dokter mengobati penyakitnya merupakan salah satu sebab semakin lebarnya jurang kompetensi antara dokter dengan pasien. Tidak disampaikannya informasi secara lengkap kepada pasien adalah dalam rangka mempertahankan stratifikasi dalam hubungan antara dokter dengan pasien, yaitu bahwa adanya perasaan bahwa dokter

mempunyai tingkatan lebih tinggi daripada pasien. Dokter memiliki kekuasaan yang bersumber pada ketidaksejajaran dalam tingkat pengetahuan teknis dan ketrampilan yang menyebabkan posisi pasien lebih rendah dan bersifat rawan karena kelemahannya.

Kesepakatan yang diberikan oleh pasien berdasarkan informasi dokter dipengaruhi oleh komunikasi yang terjalin antara dokter dan pasien yang disebut dengan "komunikasi terapeutik", yaitu komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien. Jadi merupakan komunikasi profesional yang mengarah pada tujuan yaitu penyembuhan pasien.⁹⁰ Hubungan dokter dan pasien dalam proses komunikasi, tingkat keberhasilannya dipengaruhi oleh :

- 1) kecakapan dokter;
- 2) sikap dokter;
- 3) pengetahuan dokter sebagai komunikator;
- 4) sistem sosial budaya.

Sedangkan faktor-faktor penghambat komunikasi adalah:

- 1) kecakapan kurang dalam berkomunikasi;
- 2) sikap yang kurang tepat;

⁹⁰ Heri Purwanto, *Komunikasi untuk Perawat*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta, 1993, hal. 20.

- 3) kurang pengetahuan;
- 4) kurang memahami sistem sosial-budaya;
- 5) prasangka yang tidak beralasan;
- 6) jarak fisik;
- 7) tidak ada persamaan persepsi;
- 8) mendominasi pembicaraan;
- 9) bicara berlebihan.⁹¹

Penyampaian informasi dari dokter ini menuntut kemampuan berkomunikasi yang baik dari dokter, sebab dokter adalah suatu profesi yang apabila ditinjau dari segi hubungan dengan klien sebagaimana dikemukakan oleh Smith,⁹² adalah lebih didasari pada rasa percaya, karena klien tidak mampu menilai pekerjaan profesi. Jadi kedudukan dokter adalah lebih tinggi karena kemampuan yang dimilikinya di bidang medik, sedangkan pasien pada umumnya adalah awam dalam bidang medik. Sekalipun demikian, tidak seharusnya dokter di hadapan pasien bersikap memaksa atas saran pengobatan yang diajukan, karena kesepakatan yang diberikan oleh pasien berkait dengan

⁹¹ Pinky Saptandari Wisjnubroto, *Manfaat Pertindik Bagi Masyarakat*, Makalah Kongres Nasional IV PERHUKI, Fakultas Kedokteran UNAIR, Surabaya, 26-27 Juli 1996, hal. 4.

⁹² Kartono Mohamad, *Profesi*, Medika Nomor 11 Tahun 14, Nopember 1988, hal. 1050.

hak untuk menentukan nasib sendiri (*the right to self-determination*). Namun ada kecenderungan bagi dokter apabila menghadapi pasien yang tidak mau mengikuti sarannya untuk mengarahkan pasien ke arah persetujuan. Kalau ditinjau dari sisi pasien, hal ini dapat digolongkan dalam pelanggaran hak azasi. Namun demikian, tidak selalu merupakan pemaksaan dalam arti yang negatif, tetapi adalah demi untuk kepentingan pasien, sehingga yang lebih penting adalah cara yang dipergunakan dokter dalam mengarahkan pasien agar menyetujui atas saran pengobatan yang ditawarkannya, dengan demikian tidak menimbulkan prasangka pasien bahwa hal tersebut adalah suatu pemaksaan.

Biasanya apabila pasien setelah diberi penjelasan tetap saja menolak, dokter akan melakukan pendekatan pada keluarga terdekat pasien supaya ikut pula menasehati pasien. Berkaitan dengan masalah persetujuan dari pasien, *informed consent* atau pertindik itu sendiri tidak dapat membebaskan tenaga kesehatan dari tuntutan atau gugatan apabila melakukan kesalahan atau kelalaian, karena pertindik hanya memberi wewenang kepada tenaga kesehatan untuk melakukan tindakan medik terhadap dirinya atau keluarganya sesuai dengan standar pelayanan medik

yang berlaku, bukan wewenang untuk melakukan kesalahan atau kelalaian medik.⁹³ Namun demikian sekalipun dokter tidak boleh memaksakan kehendaknya kepada pasien, namun sesuai paham paternalisme, pemaksaan oleh dokter dimungkinkan apabila memang keputusan tersebut dipandang sebagai pelayanan untuk kepentingan pasien. Sesuai paham paternalisme, kesehatan yang baik dan fisik yang segar adalah lebih baik dari fisik yang tidak segar, oleh karenanya pasien akan lebih bahagia diobati daripada tidak diobati. Adapun alasan terhadap pengobatan tanpa adanya persetujuan dari pasien didasarkan pada biaya sosial juga dipengaruhi oleh kelemahan-kelemahan yang penting. Tidak dapat dielakkan bahwa masyarakat mungkin dapat menghemat biaya-biaya tertentu jika kehidupan dipelihara, tetapi hal ini dapat diperdebatkan apakah kerugian masyarakat yang diperbolehkan pemaksaan seperti ini jauh lebih besar dibandingkan dengan kerugian yang diderita oleh pasien.⁹⁴ Namun kalau ditinjau dari segi hukum, tindakan medik yang dilakukan tanpa persetujuan pasien adalah merupakan suatu pelanggaran terhadap hak azasi

⁹³ Anna Haroen Atmodirono, *Kekuatan Hukum Persetujuan Tindakan Medik di Indonesia*, makalah Kongres Nasional PERHUKI IV, Surabaya, 26-27 Juli 1996, hal. 6.

⁹⁴ Mason & Mc Call Smith, *Op. Cit.*, hal. 140.

manusia yang dimilikinya sebagai pasien, jika hal tersebut terjadi bukan dalam keadaan gawat darurat (*emergency*). Selain itu berdasarkan pasal 351 KUHP, seorang dokter bedah yang melakukan operasi tanpa izin pasien, kecuali dalam keadaan *emergency* untuk menolong jiwanya, dapat dipersalahkan telah melakukan penganiayaan. Hal ini disebabkan karena tindakan pembedahan tersebut memenuhi perumusan tentang penganiayaan tersebut. Demikian pula seorang dokter ahli anestesi yang melakukan pembiusan secara *strich juridish* dapat dianggap melanggar pasal 89 KUHP, karena menurut perumusan pasal tersebut tindakan membuat seseorang di dalam keadaan tidak sadar dipersamakan dengan melakukan kekerasan.

Izin atau *consent* untuk boleh melakukan tindak medik (p pembiusan, operasi, tindakan invasif lainnya) sejak dahulu sebenarnya juga diperlukan, tetapi tidak begitu diperhatikan seperti sekarang ini. Namun dalam era globalisasi dan banyaknya hubungan internasional yang semakin erat, maka lembaga *Informed Consent* (yang berasal dari Amerika) dapat dikatakan

hampir sudah berlaku universal. Hal ini juga berlaku di Indonesia, yaitu diatur dalam Permenkes Nomor 585/Men.Kes/Per/IX/1989.⁹⁵

Kadang-kadang terjadi bahwa pasien tidak memahami informasi yang dijelaskan oleh dokter atau pasien tidak mengerti penjelasan tertulis. Kalau pasien tidak memahami, maka tidak ada *informed consent*. Adapun penyebab ketidakpahaman pasien atas informasi dokter disebabkan karena :

1) Tidak ada kepastian.

Misalnya, dokter berbicara mengenai istilah-istilah kedokteran yang tidak dapat dipahami oleh pasien yang awam; atau kadang-kadang diskusi antara dokter dan pasien timbul keadaan konflik karena adanya kesalahpahaman.

2) *Informed Consent* berisi aspek-aspek hukum.

Kadang-kadang pasien tidak memahami hukum dan juga dokter tidak mengerti hukum, sehingga perlu adanya penyesuaian antara istilah awam dengan hukum dan kedokteran.⁹⁶

Menurut Picard, persetujuan itu baru sah apabila memenuhi empat syarat sebagai berikut :

⁹⁵ J. Guwandi, *Tindakan Medik dan Tanggung Jawab Produk Medik*, Fakultas Kedokteran UI, Jakarta, 1993, hal. 66.

⁹⁶ Soerjono Soekanto, *Segi-segi Hukum Hak dan Kewajiban Pasien, dalam kerangka hukum kesehatan*, Mandar Maju, Bandung, 1990, hal. 22,23.

- 1) Persetujuan diberikan secara sukarela,
- 2) Pasien mampu dan cakap memberikan persetujuan,
- 3) Persetujuan menyangkut pelayanan kesehatan dan pihak yang bertanggung jawab melakukannya,
- 4) Persetujuan diberikan setelah diberikan informasi.⁹⁷

Sekalipun sudah ada persetujuan dari pasien, namun persetujuan tersebut tidak memberikan legitimasi pada luka fisik yang serius. Ini berarti sekalipun sudah ada persetujuan, namun apabila dokter menyalahgunakan persetujuan tersebut untuk melakukan kesalahan atau kelalaian, maka tidak tertutup kemungkinan untuk dilakukan penuntutan.

Hal ini disebabkan persetujuan ini hanya memberi wewenang kepada dokter untuk melakukan tindakan medik kepada pasien atau keluarganya berdasar standar profesi medik, yaitu cara bertindak secara medik dalam peristiwa yang nyata berdasarkan ilmu pengetahuan dan pengalaman yang berlaku, bukan untuk melakukan kesalahan atau kelalaian medik. Hal ini juga sesuai dengan pendapat Swift J dalam kasus *R.v Donovan*:

⁹⁷ Soerjono Sockanto dan Herkutoanto, *Pengantar Hukum Kesehatan*, Remadja Karya, Bandung, 1987, hal. 62.

Sebagai ketentuan yang bersifat umum yang di dalamnya telah ditetapkan dengan baik pengecualian-pengecualiannya, merupakan tindakan yang melanggar hukum apabila memukul orang lain dengan tingkat kekerasan tertentu yang mengakibatkan penderitaan badan sebagai suatu kemungkinan dan jika tindakan itu terbukti, persetujuan dianggap tidak ada.⁹⁸

Sehingga apapun bentuk tindakan yang akan dilakukan oleh seorang dokter, terlebih dahulu harus mendapat persetujuan dari pasien, dan tindakannya tersebut adalah sesuai dengan standar profesi medik yang berlaku. Jadi sekalipun pasien sudah memberikan persetujuan, namun dokter tidak dapat berbuat sekehendak hatinya sendiri.

Istilah *Informed Consent* dikemukakan pertama kali pada tahun 1914 oleh hakim Cordozo dalam kasus *Schloendorff v Society of New York Hospital*, bahwa:⁹⁹

Setiap makhluk hidup yang dewasa dan berpikiran sehat mempunyai hak untuk menentukan apa yang akan dilakukan

⁹⁸ Mason & Mc Call Smith, *Op. Cit.*, hal. 34.

⁹⁹ David W. Florence M.D M.A P.A, *Informing Patients --- The Need; The Law; The Dilema*, The Third World Congress on Medical Law, Belgium, 1973.

terhadap tubuhnya dan dokter bedah yang melakukan operasi tanpa persetujuannya, (dianggap) melakukan penyerangan, dengan mana ia bertanggung jawab terhadap kerugian yang terjadi.

Persetujuan pasien dalam suatu *transaksi terapeutik* adalah sesuai dengan azas *volenti non fit iniura* atau persetujuan merupakan dasar untuk pembenaran. Namun itu bukan merupakan satu-satunya, karena dalam keadaan darurat (*emergency condition*) berlaku azas *zaakwaarneming*, yaitu dokter bisa berbuat segalanya yang dalam situasi tertentu apa yang sewajarnya dapat ia perbuat terhadap pasien yang dalam kondisi normal.¹⁰⁰ Dengan demikian dalam keadaan tertentu dimungkinkan persetujuan pasien dikesampingkan, yaitu dalam keadaan-keadaan di mana dokter tidak harus menunggu persetujuan pasien sebelum melakukan tindakan medik, yaitu dalam keadaan gawat darurat (*emergency*), sedangkan pada saat itu pasien sangat membutuhkan pengobatan segera. Dalam hal ini juga dapat mendasarkan pada *necessity principle* (prinsip kebutuhan), yaitu bahwa ada keadaan tertentu dalam mana tindakan dibenarkan

¹⁰⁰ Hermien Hadiati Kocswadji, *Beberapa Permasalahan Hukum dan Medik, Op. Cit.*, hal. 167.

atas dasar kebutuhan kalau tidak merupakan tindakan yang salah. Dasar doktrin ini adalah suatu tindakan yang melanggar hukum dibenarkan jika secara material jauh lebih besar akibat baik dibandingkan jika menerapkan ketentuan hukum tersebut secara ketat. Kebutuhan akan menjadi pembenaran yang akurat terhadap tindakan medik tanpa persetujuan jika ada pasien yang tidak sadar dan dari situ tidak diketahui penolakan untuk dilakukan pengobatan. Namun demikian, tindakan medik yang dilakukan harus tidak lebih luas dari yang diperlukan dalam keadaan darurat.¹⁰¹ W. van der Mijn¹⁰² mengkaitkan hal ini dengan pasal 1354 KUHPerdata yang mengatur tentang *zaakwaarneming* atau perwalian sukarela. Mengurus kepentingan orang lain adalah suatu perbuatan mengurus kepentingan orang secara sukarela tanpa ada perintah untuk itu baik dengan pengetahuan maupun tanpa pengetahuan dari orang lain yang diurus kepentingannya. Di dalamnya terkandung syarat-syarat:

- 1) Yang diurus harus kepentingan orang lain;
- 2) Ia harus menghendaki dan mengetahui untuk mengurus kepentingan orang lain;

¹⁰¹ Mason & Mc Call Smith, *Op. Cit.*, hal. 144.

¹⁰² Husein Kerbala, *Op. Cit.*, hal. 86.

- 3) Mengurus kepentingan orang lain akan timbul perikatan untuk meneruskan pengurusannya;
- 4) Orang yang mengurus kepentingannya wajib memberikan pengganti kerugian kepada yang mengurus kepentingannya atas biaya-biaya yang dikeluarkan;
- 5) Mengurus kepentingan orang lain tidak boleh menagih upah;
- 6) Apabila pengurusan kepentingan orang lain tidak sebagaimana patutnya maka orang yang mengurus kepentingannya tidak berkewajiban untuk menguatkan apa yang telah dilaksanakan oleh yang mengurus;
- 7) Meninggalnya orang yang berkepentingan tidak menghentikan pengurusannya sampai para ahli warisnya mengambil alihnya.¹⁰³

Dalam melakukan tindakan medik pada keadaan darurat, maka dokter dianggap sebagai *zaakwaarneming*-nya yang melakukan tindakan medik untuk menyelamatkan jiwa pasien (*life saving*). Dalam keadaan seperti ini, maka perikatan yang timbul tidak berdasarkan perjanjian tetapi berdasarkan hukum, dan setelah pasien sadar, maka informasi mengenai tindakan medik yang telah

¹⁰³ Purwahid Patrik, *Hukum Perdata II, (Perikatan yang lahir dari perjanjian dan undang-undang)*, Fakultas Hukum UNDIP, Semarang, 1997, hal. 30-31.

dilakukan serta segala kemungkinan yang timbul diberitahukan kepada pasien. Kepada pasien juga ditawarkan, apakah pengobatan tersebut akan diteruskan atau tidak.

Keadaan pasien yang "gawat-darurat", harus dibedakan antara kondisi "gawat" dan kondisi "darurat". Sebab tidak semua kondisi "gawat" adalah juga "darurat". Sebagai ilustrasi, bahwa seorang pasien pengidap kanker stadium akhir berada dalam kondisi gawat namun tidak darurat. Artinya operasi yang akan dilakukan terhadap pasien dapat diatur lebih dahulu waktunya atau direncanakan. Jadi begitu diketahui pasien positif mengidap kanker stadium akhir, tidak harus saat itu pula dilakukan tindakan medik.

Adalah sukar untuk memberikan suatu ukuran yang pasti bagi keadaan gawat-darurat, karena di dalam dunia medik segala sesuatunya bersifat kasuistik. Namun demikian, pendapat Hayt di dalam *Law of Hospital, Physician and Patient* ¹⁰⁴ menyebutkan empat keadaan, yaitu:

- 1) Renjatan (*shock*);
- 2) Perdarahan (*hemorrhage*);

¹⁰⁴ J. Guwandi, *Tindakan Medik, Op. Cit.*, hal. 71.

3) Patah tulang terbuka (*open fracture*);

4) Kesakitan (*pain*).

Tetapi dalam suatu kondisi tertentu juga dimungkinkan, bahwa kasus yang semula tidak atau belum gawat, berubah menjadi kasus gawat-darurat. Misalnya infark jantung yang tiba-tiba menyerang. Disamping harus dilakukan tindakan penyelamatan dengan segera, pasien juga tidak boleh dipindah ke rumah sakit lain sebelum pasien itu sudah distabilkan keadaannya.

Kesepakatan atau persetujuan yang diberikan pasien itu ada dua jenis, yaitu:

- 1) Persetujuan secara lisan, biasanya untuk tindakan yang bersifat umum, dan bukan tindakan yang berisiko tinggi.
- 2) Persetujuan secara tertulis, biasanya untuk tindakan invasif (operasi, pembedahan, tindakan yang berisiko tinggi).

Sekalipun persetujuan itu harus dinyatakan bagi pasien tidak dalam kondisi gawat-darurat, namun dalam praktek sering juga dijumpai sifat kepasrahan dari pasien untuk dilakukan tindakan medik. Dengan demikian dalam praktek, timbulnya persetujuan atau *informed consent* itu harus melalui beberapa fase, yaitu:¹⁰⁵

¹⁰⁵ J. Guwandi, *Ibid*, hal. 63-64.

- 1) Fase pertama adalah saat di mana seorang pasien datang ke tempat praktek dokter/rumah sakit untuk berobat. Dari kedatangan secara sukarela tersebut dapat disimpulkan bahwa pasien sudah memberikan persetujuannya (*consent*) untuk dilakukan pemeriksaan-pemeriksaan yang biasa dan umum dilakukan secara yuridis dianggap sudah ada *Implied Consent*, sehingga tidak bisa dituduh melakukan *assault and battery* atau pencederaan.
- 2) Fase kedua adalah pada saat pasien duduk berhadapan dengan dokter dan dokter mulai mengajukan pertanyaan-pertanyaan tentang riwayat penyakitnya (*anamnesis*) serta membuat catatan-catatan pada kartu pasien (Rekam Medik). Pada tahap ini pasien mulai mengungkapkan rahasianya kepada dokter dan pada saat ini dapat dikatakan sudah mulai ada hubungan dokter-pasien.
- 3) Fase ketiga adalah saat di mana dokter sudah mulai melakukan pemeriksaan (yang mungkin masih akan ditambah dengan pemeriksaan tambahan, seperti: laboratorium untuk pemeriksaan konstelasi darah dan air seni, X-ray foto, ECG, USG, CT-scanning atau MRI atau juga lain-lain pemeriksaan

jika diperlukan sebagai penunjang penegakkan diagnosis dan pemberian terapinya).

Informed Consent atau Pertindik ini merupakan syarat terjadinya *transaksi terapeutik* dan bukan merupakan syarat sahnya *transaksi terapeutik*, sebab untuk sahnya harus memenuhi keempat syarat dari ketentuan pasal 1320 KUHPerdara. Pada suatu perjanjian yang telah memenuhi syarat terjadinya, dengan sendirinya sudah berlaku walaupun perjanjian itu sendiri belum dapat dikatakan sah kecuali apabila ketiga syarat lainnya terpenuhi yaitu kecakapan para pihak, suatu hal tertentu dan suatu sebab yang halal; sehingga apabila syarat pertama dan kedua tidak dipenuhi, maka perjanjian itu dapat dimintakan pembatalan, sedangkan apabila syarat ketiga dan keempat tidak dipenuhi, maka perjanjian menjadi batal demi hukum. Dengan demikian persetujuan pasien menandakan dipenuhinya syarat terjadinya *transaksi terapeutik*.

Tindakan medik yang dilakukan oleh dokter adalah merupakan suatu perjanjian upaya (*inspanning verbintenis*) bukan perjanjian hasil (*resultatsverbintenis*). Ini berarti bahwa dokter wajib dengan hati-hati dan kesungguhan menjalankan tugas

(profesinya).¹⁰⁶ Dengan demikian, dalam *transaksi terapeutik* itu yang penting adalah adanya usaha maksimal dari dokter untuk menyembuhkan penyakit pasien sesuai dengan standar medik. Sehingga apabila pasien tidak puas atau merasa dirugikan oleh tindakan dokter, maka pasien itu yang harus membuktikan bahwa kesalahan atau kelalaian itu ada pada pihak dokter. Berbeda dengan *resultaasverbintenis*, karena prestasi yang dituntut adalah berupa hasil. Sehingga apabila ada dokter yang menjanjikan suatu hasil kepada pasien, maka masalah beban pembuktian ada pada dokter yang telah berjanji akan memberikan suatu hasil tertentu.

Pada umumnya suatu *transaksi terapeutik* termasuk suatu *inspanningverbintenis*. Namun di dalam literatur Hukum Kedokteran disebut beberapa tindakan medik dianggap termasuk *resultaatsverbintenis*¹⁰⁷, misalnya:

- 1) Dokter ahli mata yang memberikan resep kaca mata, maka pasien itu harus bisa sampai mempergunakan sesuai tujuan, misalnya untuk membaca.

¹⁰⁶ Hermien Hadiati Koeswadji, *Beberapa Permasalahan Hukum dan Medik, Op. Cit.*, hal. 148.

¹⁰⁷ J. Guwandi, *Tindakan Medik, Op. Cit.*, hal. 41.

- 2) Pemasangan gigi palsu oleh dokter gigi yang miring sehingga tidak dapat dipakai untuk mengunyah, maka hal ini menjadi tanggung jawab dokter tersebut.
- 3) Seorang dokter ahli radiologi yang membuat foto X-ray thorax, maka harus ada hasilnya yang jelas dan bisa dilihat dan ditentukan diagnosisnya.

Namun yang belum ada kesesuaian pendapat adalah mengenai bedah kosmetik (plastik), apakah termasuk *inspanningverbintenis* atau *resultaatsverbintenis*. Sebab ditinjau dari sudut medik, kepastian akan keberhasilannya adalah tidak dapat dijamin. Mengenai hal ini dapat disebabkan beberapa kemungkinan, misalnya karena dokternya kurang pandai, ada kelainan, adanya infeksi karena peralatannya tidak steril ataupun karena reaksi dari tubuh pasien. Bahkan dimungkinkan juga karena pasien tidak mentaati instruksi dokter sepenuhnya (*contributory negligence*). Sehingga karena sifatnya sangat kasuistik, maka dokter yang menangani bedah kosmetik ini dianjurkan untuk tidak menjanjikan hasil yang pasti, kalau tidak mau dituntut ganti rugi jika timbul kegagalan. Dengan demikian, maka dapat ditarik suatu kesimpulan bahwa tindakan medik dalam rangka bedah kosmetik cenderung bersifat *inspanningverbintenis*.

Bahkan sebaiknya dokter setelah memberi informasi kepada pasien baik segi positif maupun negatif, meminta pasien untuk membubuhkan tanda tangan, yang hal ini akan lebih baik bila dilakukan oleh suami atau istrinya.

Menurut hakim Barry J,¹⁰⁸ seorang dokter ahli bedah kosmetik posisinya berlainan dengan seorang dokter biasa yang mengobati penyakit dalam arti umum. Ia menjual suatu *special service* dan ia lebih menyerupai seorang pedagang. Sehingga apabila ia memberikan pengharapan pada pasien, sedangkan hasilnya tidak sesuai perjanjian maka dokter tersebut dapat dituntut berdasarkan ingkar janji (*wanprestasi*).

Berkaitan dengan pembahasan tentang profesi medik terutama dalam masalah terjadinya *medical malpractice*, adalah tidak lepas dari diabaikannya ketentuan dalam KODEKI. Pengabaian terhadap KODEKI terjadi bukan karena para dokter itu tidak mengetahui isi KODEKI ataupun peraturan hukum bidang kesehatan, tetapi adalah karena mereka tidak memperhatikan dan mengindahkan ketentuan-ketentuan yang menjadi pedoman bagi seorang profesional, sehingga melakukan tindakan yang menyimpang.

¹⁰⁸ *Ibid*, hal. 43.

Sebagian besar kasus-kasus yang terjadi membuktikan bahwa dokter gagal untuk melakukan apa yang seharusnya disyaratkan secara minimal untuk mengikuti *standard of care*, yang mempunyai kriteria:

- a. Seorang profesional diharapkan untuk mempunyai pengetahuan dan ketrampilan di atas orang-orang biasa dalam bidangnya;
- b. Keahlian dan pengetahuan tersebut harus dinilai berdasarkan standard profesi yang ditentukan oleh profesinya.¹⁰⁹

Kondisi ini tidak terlepas dari budaya hukum yang melingkupi profesi kedokteran khususnya dalam wilayah Jawa Tengah.

Budaya hukum sebagai bagian dari budaya merupakan sikap-sikap dan nilai-nilai yang ada hubungannya dengan hukum dan sistem hukum, berikut sikap-sikap dan nilai-nilai yang memberikan pengaruh (positif ataupun negatif) kepada tingkahlaku-tingkahlaku yang bertemali dengan hukum dan pranata-pranata hukum. Dengan demikian budaya hukum adalah keseluruhan faktor yang menentukan

¹⁰⁹ Muladi, *Aspek Teoritis dari Malpraktek*, makalah seminar sehari Malpraktek Kedokteran Aspek Hukum dan Pencegahan, Rumah Sakit St. Elisabeth, Semarang, 29 Juli 1991, hal. 33-34.

bagaimana sistem hukum memperoleh tempatnya yang logis dalam kerangka budaya milik masyarakat umum.¹¹⁰

Berkaitan dengan *medical malpractice* yang dilakukan oleh dokter yang merugikan pasien, maka hal ini dapat dikaitkan dengan sikap mental yang timbul pada struktur masyarakat Indonesia masa lampau yang masih ada pada interaksi sosial dalam struktur masyarakat modern.

Menurut Koentjaraningrat akibat dari masa post-revolusi dan proses dekolonisasi yang terlampau lama, menyebabkan kemunduran di bidang ekonomi dan sosial budaya, dalam masa itu tumbuhlah beberapa sifat kelemahan dalam mentalitas orang Indonesia. Sifat-sifat kelemahan tersebut, yang bersumber pada kehidupan penuh keragu-raguan dan kehidupan tanpa pedoman dan tanpa orientasi yang tegas itu adalah: (1) Sifat mentalitas yang meremehkan mutu, (2) Sifat mentalitas yang suka menerabas, (3) Sifat tak percaya kepada diri sendiri, (4) Sifat tak berdisiplin murni, (5) Sifat mentalitas yang suka mengabaikan tanggung jawab yang kokoh.¹¹¹

¹¹⁰ Lawrence M. Friedman, *On Legal Development*, Rutgers Law Review, 1969, hal. 27-30 (terjemahan) Rachmadi Djoko Soemadio, *Budaya Hukum*, (editor) Satjipto Rahardjo, *Kumpulan Bahan-bahan Bacaan "Hukum dan Masyarakat"*, hal. 2.

¹¹¹ Koentjaraningrat, *Kebudayaan, Mentalitas dan Pembangunan*, PT Gramedia, Jakarta, 1987, hal. 44.

Medical malpractice yang dilakukan oleh dokter tersebut apabila dikaitkan dengan pendapat Koentjaraningrat di atas adalah berkaitan dengan **sifat mentalitas yang meremehkan mutu dan sifat mentalitas yang suka menerabas**. Sehubungan dengan hal ini Koentjaraningrat mengartikan mentalitas yang meremehkan mutu sebagai suatu keadaan di mana kita sudah gembira apabila suatu pekerjaan dapat mencapai penyelesaian atau suatu barang dan jasa ada tersediakan. Dalam hal ini penyelesaian tindakan medik dianggap sudah tuntas bila dokter telah bertindak yang seringkali mengenai masalah kehati-hatian kurang diperhatikan sebagai seorang profesional. Hal ini yang sering menimbulkan terjadinya *medical malpractice*, karena adanya kurang hati-hati dan kelalaian yang dilakukan oleh dokter.

Sedangkan sifat mentalitas yang suka menerabas adalah mentalitas yang bernafsu untuk mencapai tujuannya secepat-cepatnya tanpa banyak kerelaan berusaha dari permulaan secara langkah demi selangkah. Sikap tersebut disebabkan oleh gejala krisis norma-norma. Pada hakekatnya mentalitas yang suka menerabas ini boleh dikata bersifat universal, dan di Indonesia sendiri gejala ini sudah mulai pada zaman pendudukan Jepang, yaitu dengan banyaknya pegawai yang

berhasil menempati kedudukan-kedudukan tinggi dalam waktu yang sangat singkat. Kondisi semacam ini terus berkembang hingga sekarang dan berpengaruh pada bidang praktek dokter yang melatarbelakangi terjadinya *medical malpractice*.¹¹²

Disamping itu dalam rangka "melicinkan" budaya menerabas yang dilakukan oleh dokter yang melakukan *medical malpractice*, faktor ekonomi juga ikut berperan yang menyebabkan dilanggarnya ketentuan pasal 1320 KUHP dalam hal ini "sebab yang halal", yaitu sesuai dengan faktor penggerak yang sangat dasar bagi adanya aktivitas ekonomi yaitu kebutuhan manusia. Pelanggaran terhadap salah satu ketentuan dalam pasal 1320 KUHPerdata tersebut berakibat perjanjian yang diadakan tersebut adalah batal demi hukum yang mengakibatkan pasien tidak dapat menuntut ganti rugi apabila dokter melakukan tindakan *medical malpractice*. Kebutuhan manusia adalah tujuan dan sekaligus motivasi dari kegiatan berproduksi, konsumsi dan tukar menukar, yang timbul dari:

- a. Kebutuhan biologis untuk hidup (makanan, minuman dan mungkin juga pakaian dan tempat tinggal).

¹¹² Bandingkan dengan kasus malpraktek yang dilakukan oleh dokter Setianingrum dalam Putusan Pengadilan Negeri Pati tanggal 2 September 1981 dan kasus dokter Paul Posuma dalam Putusan Pengadilan Negeri Semarang tanggal 23 Agustus 1993.

b. Kebutuhan yang timbul dari peradaban dan kebudayaan manusia itu sendiri (misalnya keinginan rumah yang baik, keinginan mendapatkan pendidikan, keinginan akan makanan yang lezat dan sebagainya).

c. Lain-lain kebutuhan yang khas masing-masing perorangan.¹¹³

Melihat tinjauan dari sudut ekonomi bahwa penggerak kegiatan ekonomi adalah kebutuhan, maka tindakan dokter yang menyimpang dapat pula disebabkan oleh faktor kebutuhan itu. Sebab kebutuhan juga dapat timbul dari kebiasaan hidup lingkungan kita (*culture*), karena setiap masyarakat mempunyai persyaratan-persyaratan tertentu mengenai "hidup pantas", norma-norma tertentu mengenai rumah dan makanan, seni, pemilikan dan penggunaan barang-barang tertentu seperti mobil, pesawat telepon. Kedudukan (status) seseorang dalam masyarakat dianggap tergantung pada tingkat konsumsinya. Akibatnya banyak kebutuhan yang timbul karena dorongan untuk mempertahankan atau meningkatkan status.¹¹⁴ Demikian pula berkaitan dengan kehidupan para dokter yang di dalam masyarakat dipandang menduduki status sosial yang lebih tinggi dari profesi lainnya, menuntut agar dokter tampil "lebih" dalam kehidupan

¹¹³ Boediono, *Ekonomi Mikro*, BPFE, Yogyakarta, 1988, hal. 2.

¹¹⁴ Richard H. Leftwich, *The Price System and Resource Allocation (Mikro Ekonomi)*, terjemahan: St. Dianjuang, PT Bina Aksara, Jakarta, 1981, hal. 13.

bermasyarakat, seperti adanya anggapan bahwa seorang dokter itu harus mempunyai mobil bagus, rumah mewah. Tuntutan kebutuhan ini kalau tidak diimbangi dengan moral yang baik; bahwa profesi dokter penuh dengan pengabdian, dapat merupakan salah satu faktor pemicu timbulnya penyimpangan. Demi untuk memenuhi kebutuhan hidup seperti yang dituntut oleh masyarakat, cara yang mudah antara lain dengan melakukan tindakan yang dilarang, misalnya aborsi. Karena tindakan ini mendatangkan uang yang lebih besar dibanding dengan tindakan umum pengobatan, sehingga ditinjau dari segi ekonomi lebih menguntungkan. Sebab di sini dokter melakukan tugas yang ringan dengan perolehan imbalan yang cukup besar; dengan pengorbanan yang kecil memperoleh hasil yang besar.

Dengan demikian *medical malpractice* yang dilakukan dokter itu adalah sesuai dengan sifat suka menerabas, yaitu dengan melakukan tindakan ringan memperoleh hasil yang besar dan hal ini dilakukan dalam rangka memenuhi kebutuhan ekonomi. Hal ini juga dipengaruhi oleh lingkungan fisik yang melingkupinya dalam suatu proses sosial. Menurut Astrid S. Susanto ¹¹⁵ setiap proses

¹¹⁵ Astrid S. Susanto, *Pengantar Sosiologi dan Perubahan Sosial*, Cct. 1, Binacipta, Bandung, 1977, hal. 44 sebagaimana dikutip oleh Esmi Warassih, *Perlindungan Hukum terhadap Pasien akibat Malpractice*, dalam *Hukum dalam Perspektif Sosial* (editor) Satjipto Rahardjo, Alumni, Bandung, 1981, hal. 69.

sosial selalu melibatkan masalah sistem nilai yang dapat dikelompokkan dalam: (1) *welfare values*, (2) *deference values*.

Adapun *welfare values* adalah nilai-nilai yang dianggap penting oleh dan untuk kehidupan manusia agar supaya ia dapat hidup dengan layak, mempunyai pendapatan yang mencukupi keperluan sehari-hari, nilai tentang kesehatan badaniah termasuk di dalamnya perasaan aman dalam memperoleh atau melanjutkan pekerjaannya, agar supaya kehidupannya tetap terjamin. Sedangkan *deference values* adalah kelompok nilai yang lebih tinggi, nilai-nilai moral yaitu apa yang dianggap baik, buruk, tidak jujur dan seterusnya.

Kedua nilai tersebut cenderung mempengaruhi sikap manusia termasuk dalam hal ini adalah sikap dari dokter dalam menjalankan profesinya tersebut, sehingga sangat dimungkinkan tindakan dokter itu tidak sesuai dengan ketentuan norma. Tingkahlaku yang demikian itu adalah termasuk suatu tindakan penyimpangan. Untuk itu *medical malpractice* sebagai bentuk tindakan yang menyimpang ini dapat dikaitkan dengan **teori penyimpangan** yang dikemukakan oleh **Friedman**.

Teori penyimpangan mengajarkan bahwa para pemegang peran (di sini profesi medik) itu dapat mempunyai motivasi, baik

yang berkehendak untuk menyesuaikan diri dengan norma (dalam hal ini menyangkut norma etik) maupun yang berkehendak untuk tidak menyesuaikan diri dengan keharusan norma (motivasi untuk konform, dan motivasi untuk non konform). Kenyataan seperti ini dapat ditunjukkan melalui suatu model yang berkamar empat, sebagai berikut:

		Tingkah laku			
Motivasi	Konform (+)	Konform (+) (1) + +		Non Konform(-) (2) + -	
	Non Konform (-)	(3) - +		(4) - -	

Tingkahtlaku yang tidak konform itu dapat saja timbul bersama-sama dengan motivasi untuk berkonform, dan sebaliknya, tingkahtlaku yang bersesuaian dengan bunyi norma dapat pula timbul bersama-sama dengan motivasi yang berkehendak untuk tidak konform. Ketidaksesuaian tingkahtlaku dapat saja terjadi sekalipun si pemegang peran telah berkehendak sungguh-sungguh untuk menyesuaikan diri. Hal ini dapat terjadi pada perkara-perkara di mana dia tidak sadar akan normanya, atau di mana norma-norma yang menjadi pedoman

perilakunya bersifat tidak serasi dengan tujuan-tujuan yang ditetapkan untuk posisi-posisi si pemegang peran itu.¹¹⁶

Medical malpractice yang merupakan tindakan melanggar hukum apabila ditinjau dari pelakunya merupakan tindakan yang menyimpang yang masuk dalam kamar (4). Sebab pemegang peran di sini melakukan penyimpangan itu adalah karena adanya motivasi untuk melakukan tindakan yang sudah jelas dilarang oleh peraturan hukum, tetapi sekalipun mengetahui aturannya ia tetap bertindak untuk merealisasikan keinginannya tersebut. Dengan demikian pemegang peran di sini bertingkahtaku yang tidak sesuai dengan norma atas dasar motivasi yang juga menyimpang. Penyimpangan di sini adalah terhadap ketentuan pasal 3 KODEKI, yaitu bahwa dalam melaksanakan pekerjaannya, seorang dokter tidak boleh dipengaruhi oleh pertimbangan keuntungan pribadi. Padahal dalam *medical malpractice* ini jelas keuntungan pribadi adalah tujuan utamanya.

Dalam hal penyimpangan yang dilakukan oleh dokter, dapat pula dikenal dengan istilah *malaprofesionalisme*¹¹⁷, yaitu penyimpangan sikap dan perbuatan dari seorang ahli (profesional)

¹¹⁶ Esmi Warasih, *Ibid*

¹¹⁷ Zulfikri Mukhtar, *Malaprofesionalisme, kecenderungan baru di lingkungan profesi kedokteran*, Medika, Nomor 6 Tahun 15, Juni 1989, hal. 497.

terhadap etika profesi (kedokteran). Penyimpangan ini terjadi pada kondisi sebelum dan sesudah (tindakan) profesi kedokteran dilakukan. Dalam tindakan ini tidak ditemui kesalahan, karena dikerjakan sesuai standard profesional. Sebagai contoh, pemakaian alat kedokteran canggih (biaya tinggi) pada pasien tanpa indikasi medik yang akurat. Kasus ini banyak terjadi di Rumah Sakit Swasta yang lengkap dan intensitasnya lebih dominan pada kalangan dokter spesialis (baru) yang dalam profesinya banyak melakukan tindakan medik invasif (Bedah, Kebidanan dan Kandungan, Mata, THT).

Tindakan dokter yang bersifat *malaprofesionalisme* tersebut jelas merupakan bentuk penyimpangan terhadap ketentuan hukum larangan mencari keuntungan pribadi. Sebab tindakan *malaprofesionalisme* tersebut jelas akan mendatangkan keuntungan materi pada dokter, karena sebenarnya dengan tindakan non-invasif yang tidak membutuhkan biaya besar penanganan terhadap pasien dapat diatasi dengan baik.

Tingkahtlaku yang merupakan realisasi dari motivasi berbuat menyimpang ini, yang berupa *medical malpractice* maupun *malaprofesionalisme*, tidak lain adalah merupakan aksi dari individu. Sebab dalam tindakan yang menyimpang tersebut unsur aspek

subyektivitas pelaku sangat menonjol, ini sesuai dengan **teori aksi** sebagaimana dikemukakan oleh **Talcott Parsons**.¹¹⁸

Parsons dalam hal ini menyusun skema unit-unit dasar tindakan sosial dengan karakteristik sebagai berikut:

- a. Adanya individu selaku aktor.
- b. Aktor dipandang sebagai pemburu tujuan-tujuan tertentu.
- c. Aktor mempunyai alternatif cara, alat serta teknik untuk mencapai tujuannya.
- d. Aktor berhadapan dengan sejumlah kondisi situasional yang dapat membatasi tindakannya dalam mencapai tujuan. Kendala tersebut berupa situasi dan kondisi, sebagian ada yang tidak dapat dikendalikan oleh individu. Misalnya kelamin dan tradisi.

¹¹⁸ Talcott Parsons merupakan pengikut Weber yang utama. Teori aksi yang dikembangkannya mendapat sambutan luas. Parsons seperti pengikut Teori Aksi lainnya menginginkan pemisahan antara Teori Aksi dengan aliran behaviorisme. Dipilihnya istilah "*action*" bukan "*behavior*" karena menurutnya mempunyai konotasi yang berbeda. "*Behavior*" secara tidak langsung menyatakan kesesuaian secara mekanik antara pelaku (*respons*) dengan rangsangan dari luar (*stimulus*). Sedangkan istilah "*action*" menyatakan secara tidak langsung suatu aktivitas, kreativitas dan proses penghayatan diri individu. Parsons dengan hati-hati sekali membedakan antara Teori Aksi dengan Teori Behavior atau perilaku. Menurutnya suatu teori yang menghilangkan sifat-sifat kemanusiaan dan mengabaikan aspek subyektif tindakan manusia tidak termasuk ke dalam Teori Aksi. Behaviorisme menurut Parsons adalah seperti itu. George Ritzer, *Op. Cit.*, hal. 56.

- e. Aktor berada di bawah kendala dari nilai-nilai, norma-norma dan berbagai ide abstrak yang mempengaruhinya dalam memilih dan menentukan tujuan serta tindakan alternatif untuk mencapai tujuan. Contohnya kendala kebudayaan.

Dokter sebagai seorang aktor di sini berusaha mengejar tujuan untuk memperoleh keuntungan pribadi dengan menggunakan ilmu pengetahuan yang dimilikinya dalam situasi di mana norma-norma mengarahkannya dalam memilih alternatif cara dan alat untuk mencapai tujuan. Sebab dengan keahlian yang dimilikinya tersebut, berbagai alternatif pencapaian tujuan sangat dimungkinkan karena adanya dukungan dari ketentuan hukum yang menandakan bahwa seorang profesional itu harus mempunyai keahlian dalam bidangnya di atas rata-rata orang pada umumnya. Jadi kemampuan dokter sebagai aktor untuk memilih tindakan yang akan dilakukannya itu adalah sesuai dengan **prinsip voluntarisme**, yaitu kemampuan individu melakukan tindakan dalam arti menetapkan cara atau alat dari sejumlah alternatif yang tersedia dalam rangka mencapai tujuannya. Ternyata pilihan sebagian dokter dalam rangka memenuhi kebutuhannya adalah bentuk tindakan yang menyimpang.

Sesuai dengan prinsip *voluntarisme*, tindakan menyimpang dari seorang dokter itu dipengaruhi oleh sistem kebudayaan yang

melingkupi individu dokter tersebut sekalipun ada norma-norma yang membatasi geraknya namun dalam diri aktor tersebut terdapat unsur aktif, kreatif dan evaluatif, sehingga mampu menerjang norma yang melarangnya. Sehingga tindakannya ini dapat dikelompokkan sebagai tindakan sosial yang merupakan suatu proses di mana aktor terlibat dalam pengambilan keputusan-keputusan subyektif tentang sarana dan cara untuk mencapai tujuan tertentu yang telah dipilih.

Tindakan menyimpang yang dilakukan oleh dokter dapat dianalisa berdasarkan konsep dari Robert K. Merton tentang fungsi **manifes dan fungsi laten**,¹¹⁹ yaitu bahwa seharusnya seorang dokter sebagai seorang profesional itu bertindak sesuai dengan standard profesi medik dalam rangka untuk memenuhi fungsi manifest yaitu fungsi yang diharapkan (*intended*), namun dalam kenyataannya ada sebagian dari para dokter yang melakukan tindakan *medical malpractice* yang hal ini adalah merupakan fungsi laten yaitu fungsi atau tindakan yang tidak diharapkan dilakukan oleh dokter. Hal ini disebabkan karena pada dasarnya sifat masyarakat itu selalu dinamis, sehingga sangat dimungkinkan terjadinya suatu perubahan dari suatu hal yang menjadi ketentuan atau peraturan. Hal ini terjadi juga pada

¹¹⁹ *Ibid.*, hal. 27.

diri dokter yang seharusnya adalah bertindak sesuai dengan Sumpah Hippocrates untuk selalu melakukan pengabdian, namun dengan berubahnya zaman semakin banyak dokter yang justru menjauh dari konsep sumpah tersebut yang hal ini didorong oleh sikap yang kurang hati-hati, tidak mengindahkan standard profesi serta lebih mementingkan memperoleh penghasilan yang lebih besar dalam waktu yang singkat.

2. Perlindungan Hukum terhadap Pasien selaku Konsumen Jasa Medik

a. Ruang Lingkup Perlindungan terhadap Pasien

Dalam sebuah *transaksi terapeutik*, hubungan antara dokter dengan pasien dapat dikatakan sebagai hubungan antara produsen dan konsumen dalam jasa bidang medik.

Istilah konsumen berasal dari bahasa Belanda *konsumēt* yang berarti pemakai terakhir dari benda dan jasa (*uiteindelijke gebruiker van goederen en diensten*) yang diserahkan kepada mereka oleh pengusaha (*ondernemer*). Pengusaha di sini mempunyai arti luas, yaitu mencakup produsen dan pedagang perantara (*tussenhandelaar*). Konsumen dan pengusaha ini mempunyai hubungan timbal balik. Kewajiban konsumen,

merupakan hak pengusaha (*ondernemer*) dan hak pengusaha merupakan kewajiban konsumen.¹²⁰

Secara umum perlindungan kepada konsumen menurut J. F. Kennedy ada empat dasar, yaitu:

- 1) Hak memperoleh keamanan (*the right to safety*).
- 2) Hak memilih (*the right to choose*).
- 3) Hak mendapat informasi (*the right to be informed*).
- 4) Hak untuk didengar (*the right to be heard*).¹²¹

Sedangkan menurut Masyarakat Ekonomi Eropah (*Europese Economische Gemeenschap* atau *ECG*) terdapat lima hak dasar konsumen, yaitu sebagai berikut:

- 1) Hak perlindungan kesehatan dan keamanan (*recht op bescherming van zijn gezondheid en veiligheid*).
- 2) Hak perlindungan kepentingan ekonomi (*recht of bescherming van zijn economische belangen*).
- 3) Hak mendapat ganti rugi (*recht op schadevergoeding*).
- 4) Hak atas penerangan (*recht op voorlichting en vorming*).

¹²⁰ Lihat pendirian Mr. E.H Hondius (I), *Konsumentenrecht*, Kluwer-Deventer, 1976, hal. 11 sebagaimana dikutip oleh Mariam Darus, *Perlindungan terhadap Konsumen dilihat dari Sudut Perjanjian Baku (Standar)*, makalah Simposium Aspek-Aspek Hukum Masalah Perlindungan Konsumen, BPHN, Bina Cipta, Jakarta, 1980, hal. 2.

¹²¹ Mr. E.H. Hondius (I), *Ibid*, hal. 14, 26, 131 dan seterusnya.

5) Hak untuk didengar (*recht om te worden gehord*).¹²²

Dengan demikian masalah perlindungan konsumen mendapat perhatian di berbagai negara di dunia ini, tidak saja di negara-negara Barat, tetapi juga di Indonesia sebagaimana diatur dalam pasal 27 ayat (2) dan Pasal 28 UUD 1945.

Pasal 27 UUD 1945 ini memberikan perlindungan tentang hak-hak manusia baik lahir maupun batin, seperti:

- 1) hak memperoleh keamanan (*the right to safety*),
- 2) hak atas penerangan (*recht op voorlichting en vorming*)
khususnya mengenai pengetahuan yang benar tentang segala barang dan jasa yang ditawarkan kepadanya.

Pasal 28 UUD 1945 tersebut kalau dilihat dari isinya berarti tidak hanya memberikan perlindungan untuk berserikat dan berkumpul, mengeluarkan pikiran dengan lisan dan tulisan, namun pengertian *dan sebagainya* tersebut mengandung arti yang lebih luas. Sebagaimana diatur dalam pasal 27 ayat (2) dan pasal 28 UUD 1945, dapat meliputi:

- 1) hak perlindungan kesehatan dan keamanan (*recht op bescherming van zijn gezondheid en veiligheid*),

¹²² Mariam Darus, *Ibid*, hal. 6.

- 2) hak perlindungan kepentingan ekonomi (*recht op bescherming van zijn economische belangen*),
- 3) hak atas penerangan (*recht op voorlichting en vorming*),
- 4) hak untuk didengar (*recht om te worden gehord*).
- 5) hak memperoleh keamanan (*the right to safety*).
- 6) hak memilih (*the right to choose*).
- 7) hak mendapat informasi (*the right to be informed*).
- 8) hak untuk didengar (*the right to be heard*).¹²³

Namun sekalipun UUD 1945 telah mengatur dalam pasal 27 dan 28, masalah perlindungan konsumen yang secara tegas ditangani secara khusus baru dikenal dan tumbuh di Indonesia beberapa tahun yang lalu, sehingga belum mengakar pada lapisan dan kelompok masyarakat yang ada. Pengertian perlindungan konsumen itu sendiri sebenarnya merupakan suatu mekanisme yang diperlukan dalam hubungan antara pemerintah-produsen-konsumen, dan kesemuanya itu untuk kepentingan nasional. Hal ini mulai dikembangkan sejak berdirinya Yayasan lembaga Konsumen pada bulan Mei 1973.¹²⁴

¹²³ Mr. E.H. Hondius (I), *Ibid*, hal. 14, 26, 131 dan seterusnya.

¹²⁴ Permadi, *Pola Sikap Masyarakat terhadap Masalah Perlindungan Konsumen*, Makalah Simposium Aspek-aspek Hukum Masalah Perlindungan Konsumen, BPHN, Jakarta, 16-18 Oktober 1990, hal. 1,3.

Berkaitan dengan bidang pelayanan kesehatan, jasa pelayanan kesehatan sebagai kebutuhan konsumen yang memerlukan perlindungan, karena pelayanan kesehatan merupakan kebutuhan yang tidak terpisahkan dari kelangsungan hidup manusia itu sendiri. Dengan demikian baik dokter maupun pasien itu juga mempunyai hak dan kewajiban, yang meliputi: ¹²⁵

1) Hak Dokter:

- a) Hak untuk bekerja menurut standar profesi kedokteran;
- b) Hak menolak melaksanakan tindakan medik karena secara profesional tidak dapat dipertanggungjawabkan;
- c) Hak untuk menolak suatu tindakan medik yang menurut suara hatinya (*conscience*) tidak baik;
- d) Hak mengakhiri hubungan dengan seorang pasien jika ia menilai bahwa kerja sama pasien dengan dia tidak lagi ada gunanya;
- e) Hak atas privacy dokter;
- f) Hak atas informasi/pemberitahuan pertama dalam menghadapi pasien yang tidak puas terhadapnya;
- g) Hak atas balas jasa;

¹²⁵ Fred Ameln, *Hak dan Kewajiban Pasien dan Dokter, makalah Seminar Hukum Kesehatan, Fakultas Hukum UKSW, Salatiga, 4-5 Juni 1992.*

- h) Hak atas pemberian penjelasan lengkap oleh pasien tentang keluhan-keluhan yang dideritanya;
- i) Hak untuk membela diri;
- j) Hak memilih pasien;
- ~~k) Hak menolak memberikan keterangan tentang pasien di pengadilan (*verscholingsrecht van de arts*).~~

2) Kewajiban Dokter:

- a) Kewajiban yang berhubungan dengan fungsi sosial pemeliharaan kesehatan;
- b) Kewajiban yang berhubungan dengan hak pasien;
- c) Kewajiban yang berhubungan dengan standar profesi kedokteran dan yang timbul dari standar profesi kedokteran.

3) Hak Pasien:

- a) Hak atas informasi;
- b) Hak memberikan persetujuan;
- c) Hak memilih dokter;
- d) Hak memilih sarana kesehatan (rumah sakit);
- e) Hak atas rahasia kedokteran;
- f) Hak menolak pengobatan/perawatan;
- g) Hak menolak suatu tindakan medik tertentu;

- h) Hak untuk menghentikan pengobatan/perawatan (di rumah sakit tersedia formulir keluar paksa);
- i) Hak atas *second opinion* (pendapat kedua);
- j) Hak melihat rekam medik/*hak inzage* rekam medik.

4) Kewajiban Pasien:

- a) Memberikan keterangan, penjelasan sebanyak mungkin tentang penyakitnya;
- b) Mentaati petunjuk dan instruksi dokter;
- c) Mentaati aturan rumah sakit;
- d) Memberikan imbalan jasa kepada dokter;
- e) Menghormati hak-hak dokter;
- f) Melunaskan biaya rumah sakit.

Mengenai jasa pelayanan kesehatan biasanya diperoleh melalui jasa perorangan, misalnya praktek dokter selaku swasta perseorangan dan juga melalui jasa kolektif, seperti jasa dokter, dokter gigi, bidan yang diperoleh melalui lembaga pelayanan kesehatan (rumah sakit, balai pengobatan, rumah bersalin, apotik dan sejenisnya).¹²⁶

¹²⁶ R. Sianturi, *Perlindungan Konsumen dilihat dari Sudut Peraturan Perundang-undangan Kesehatan*, makalah Simposium Aspek-aspek Hukum Masalah Perlindungan Konsumen, BPHN, Bina Cipta, Jakarta, 1980, hal. 1-2.

Pasien sebagai konsumen mengkonsumsi jasa pelayanan kesehatan yang diberikan dokter yang dalam hubungan ini bertindak selaku produsen medik,¹²⁷ seringkali merasakan adanya beban dalam hal pelayanan kesehatan. Adapun masalah-masalah yang dihadapi pada dewasa ini oleh pasien selaku konsumen jasa medik antara lain karena:

- 1) Tarif pelayanan kesehatan baik di sarana kesehatan pemerintah maupun sarana kesehatan swasta dirasakan terlalu tinggi dan di luar jangkauan kemampuan sebagian terbesar masyarakat.
- 2) Pada beberapa sarana pelayanan kesehatan, fungsi sosialnya kurang kelihatan.
- 3) Tarif dokter, dokter gigi juga dirasakan di luar jangkauan kemampuan sebagian besar masyarakat.
- 4) Kualitas pelayanan kesehatan pada umumnya menurun, walaupun mungkin kuantitas bertambah. Hal tersebut menampakkan, kurangnya komunikasi antara pemberi jasa dan orang sakit sebagai penerima jasa.

¹²⁷ Marius Widjadjarta, *Masih Perlukah Informed Consent pada Saat Ini*, Kumpulan Makalah pada Forum Diskusi Informed Consent, Rumah Sakit Pertamina-F.H. U.I, 1991, hal. 42 sebagaimana dikutip oleh Caritas Woro Murdiati R, *Informed Consent dan Tanggung Jawab Perdata dari Dokter dalam Perjanjian Terapeutik*, Justitia Et Pax, edisi bulan Maret-April 1997, hal. 44.

- 5) Harga obat di apotek selain dirasakan terlalu tinggi, juga belakangan ini makin sering terjadi kesalahan dalam pemberian obat kepada penderita.¹²⁸

Dengan adanya keluhan dari pasien tersebut, maka sangat diperlukan adanya perlindungan pada pasien selaku konsumen jasa medik.

b. Budaya Hukum Konsumen dan Produsen Jasa Medik

Perlindungan kepada pasien sebagai konsumen jasa medik perlu diberikan mengingat posisi pasien dalam *transaksi terapeutik* adalah lemah karena pasien tidak memiliki keahlian medik. Hal ini merupakan sebab adanya penstratifikasian dalam sistem kesehatan yang apabila dilihat lebih luas lagi adalah adanya unsur kewenangan dalam sistem kesehatan, yaitu:

- 1) Wewenang yang didasarkan atas keahlian (*authority of expertise*; keahlian teknis), yaitu keahlian teknik di bidang medik.
- 2) Wewenang yang muncul akibat birokratisasi dunia kedokteran (*authority of office*; keahlian kantor), yaitu peluang untuk

¹²⁸ R. Sianturi, *Ibid*, hal. 16.

- 2) Wewenang yang muncul akibat birokratisasi dunia kedokteran (*authority of office*; keahlian kantor), yaitu peluang untuk menduduki jabatan tinggi dalam struktur birokrasi.¹²⁹

Tidak dimilikinya keahlian teknis menjadikan kedudukan pasien lemah sebagai konsumen pelayanan kesehatan yang dengan sendirinya berkedudukan lemah pula dalam administrasi pelayanan. Hal ini apabila dikaitkan dengan analogi yang dikemukakan oleh **Karl Marx tentang konsep kelas**, pasien merupakan suatu kelas sosial yang unik. Adapun konsep kelas menurut Marx adalah:

- 1) Penataan kembali kelompok borjuis yang menguasai peralatan dengan kelompok proletair yang tidak menguasai peralatan ke dalam suatu komunisme, maka terjadi penyatuan masyarakat tanpa kelas.
- 2) Kelas menunjukkan posisi kelompok dalam masyarakat.
- 3) Kelas mungkin dapat didasarkan pada kepentingan ekonomi dan politik yang bertindak untuk kepentingan kelompok masing-masing.

¹²⁹ Howard B. Waitzkin dan Barbara Waterman, *The Exploitation on Illness in Capitalist Society*, terjemahan: Fauzi Muzaman, Prima Aksara, Jakarta, 1993, hal. 99-100.

4) Kesadaran kelas merupakan kesadaran masing-masing individu tentang faktor-faktor struktural yang menyebabkan "dehumanisasi" dan pemerasan, atau pengasingan terhadap anggota kelasnya.¹³⁰

Apabila kedudukan pasien ini dikaitkan dengan pembagian kelas seperti yang dikemukakan oleh Marx, analogi kedua, ketiga dan keempat dapat diterapkan pada pasien. Pasien sebagai konsumen kesehatan menduduki posisi lebih rendah baik dalam keahlian medik maupun administrasi, dan hal itu berlaku bagi sesama pasien, sehingga antara sesama pasien dalam sistem kesehatan dianggap sebagai suatu kelas sosial. Kedudukan rendah tersebut dikuatkan dengan adanya pemusatan kekuasaan di tangan dokter sebagai pemberi pelayanan. Di samping itu, kepentingan kelompok menyebabkan terjadinya perubahan tujuan demi kepentingan kelompok tersebut. Hal ini dapat dilihat, bahwa dalam dunia medik, juga terjadi pengalihan fokus pelayanan kesehatan, yang semula dititikberatkan pada hubungan dokter-pasien menjadi pelayanan yang lebih kompleks dengan masuknya kelompok-kelompok di luar dokter dalam kegiatan produksi dan distribusi pelayanan yang masing-masing didasarkan kepentingan

¹³⁰ *Ibid.*, hal. 100-101.

ekonomi dan politik. Sedangkan pasien adalah kelas di luar kelompok tersebut yang tidak mempunyai pengaruh dalam proses pengambilan keputusan dalam bidang kesehatan, sehingga pasien harus bersaing dengan kelompok yang mempunyai kepentingan ekonomi dan politik dalam pelayanan kesehatan. Pada diri pasien itu sendiri, ternyata kurang memiliki kesadaran kelas sehingga tidak menyadari bahwa setiap keputusan politik akan mempengaruhi kehidupan pribadinya. Dengan demikian maka sangat dimungkinkan terjadinya "pemerasan" oleh pihak lain yang lebih mempunyai kesadaran kelas, yang dalam hal ini dokter tetap "menguasai" pasien dan mengatur jalan hidupnya.

Kekuasaan dokter atas pasien yang didasarkan atas kelemahan pasien adalah sesuai dengan **Teori Sosiologi tentang Birokrasi** sebagaimana dikemukakan oleh Crozier¹³¹ tentang hubungan antara kekuasaan dan ketidakpastian, bahwa: kekuasaan A terhadap B tergantung pada kemampuan A dalam meramalkan perilaku B, serta ketidakpastian yang dirasakan B tentang perilaku A.

Dalam hubungan antara dokter dengan pasien, dokter dapat menguasai pasien karena kelemahan pasien dalam masalah teknik

¹³¹ *Ibid.*, hal. 114.

kedokteran sehingga pasien dengan kesadarannya menyerahkan penanganan pengobatan penyakitnya kepada dokter. Dalam hal ini kepasrahan pasien sudah diramalkan adanya oleh dokter. Dengan demikian sangat mudah bagi dokter “menguasai” pasien. Tindakan yang dilakukan dokter untuk mempertahankan kekuasaannya antara lain juga dengan mempertahankan rasa tidak pasti dari pasien mengenai penyakit dan pengobatan. Sebab semakin kurang rasa ketidakpastian pasien terhadap keadaan penyakit dan efek pengobatan, semakin kurang pula keinginan pasien untuk membiarkan pengambilan keputusan pada dokter.

Tidak disampaikannya informasi secara mendetail oleh dokter, dapat pula sebagai alat untuk mempertahankan kekuasaan dokter atas pasien. Dengan pengetahuan pasien yang lemah dalam bidang medik, memungkinkan pasien tidak mengetahui penyembunyian informasi yang dilakukan dokter. Kondisi seperti ini adalah keuntungan bagi kaum profesional yang mempunyai otonomi dalam bidangnya dibanding dengan orang lain.

Selama ini konsumen jasa medik masih banyak yang bersifat “nrimo” atas sikap dari dokter, sehingga memberi peluang untuk terjadinya pengulangan penyimpangan oleh dokter. Berdasarkan

penelitian di lapangan bahwa respon pasien yang "nrimo" tersebut disebabkan karena:

- 1) Pasien tidak mau mengajukan masalahnya ke Pengadilan karena adanya anggapan bahwa suatu saat pasien juga akan membutuhkan bantuan dokter lagi.
- 2) Pengajuan perkara ke Pengadilan dianggap sia-sia karena dokter mempunyai kemampuan dan pengetahuan di bidang medik yang dapat dipergunakan sebagai dasar argumentasi atas tindakannya terhadap pasien., sehingga pasien merasa pesimis untu menang.
- 3) Tindakan medik yang dilakukan oleh dokter adalah suatu usaha, sehingga kalau ada cacat atau matinya pasien dipandang sebagai suatu takdir.

Kondisi semacam ini sangat dipengaruhi oleh nilai-nilai budaya bangsa Indonesia yang masih banyak dianut oleh masyarakat Jawa Tengah, bahwa selalu menilai tinggi keharmonisan dalam masyarakat, serta mengutamakan perdamaian daripada perpecahan ini telah dihayati secara turun temurun. Salah satu manifestasi dari nilai tradisional ini adalah suatu konsep penting bahwa manusia pada hakekatnya tidak hidup sendiri, artinya ia selalu mendapat bantuan dari sesamanya, terutama dari kaum

kerabatnya dalam masa kesusahan. Konsep ini membawa konsekuensi yaitu kewajiban untuk memelihara hubungan baik dengan sesamanya.¹³² Sebenarnya konsep saling membantu ini merupakan bentuk tindakan yang baik, namun demikian hal ini dapat juga menghambat kemajuan seseorang karena dalam konsep ini diharapkan adanya kesejajaran diantara sesama warga, sehingga sangat dihindari tindakan yang sekiranya dapat menonjolkan kemampuan pribadi di atas anggota lainnya. Nilai-nilai budaya tradisional yang masih dianut itu, seperti sikap gotong royong, nantinya akan membentuk sikap mental¹³³ dari konsumen. Bentuk perwujudannya dalam diri pasien adalah adanya sikap pasrah atas semua tindakan dokter. Hal ini dapat terlihat dengan sedikitnya jumlah pasien korban *medical malpractice* yang mengadukan masalahnya sampai ke pengadilan. Sikap pasien apabila dikaitkan dengan **asumsi Parsons** yang melihat manusia adalah memiliki tujuan sebagai hasil dari interaksi sosialnya, manusia tidak dilihat sebagai manusia yang menginginkan sesuatu

¹³² Koentjaraningrat, *Op. Cit.*, hal. 41.

¹³³ Konsep sikap mental atau *attitude* itu banyak dipakai dalam ilmu psikologi, yang terutama memfokus kepada individu dan baru secara sekunder kepada kebudayaan dan masyarakat yang merupakan lingkungan dari individu. Koentjaraningrat, *Op. Cit.*, *ihal.* 26.

semata-mata bagi dirinya sendiri, tetapi lebih dari itu apa yang dicarinya adalah suatu bentuk hubungan sosial.¹³⁴

Sikap pasien inilah kemudian diambil kesempatan oleh sebagian dokter yang antara lain dengan melakukan tindakan ~~medical malpractice~~ maupun *malprofesionalisme*. Tindakan dokter tersebut adalah berdasarkan pertimbangan bahwa pasien tidak mempunyai kemampuan dalam berhadapan dengan dokter dalam bidang medik yang menyebabkan sikap pasrah tersebut. Hal ini adalah sesuai dengan pendapat dari **Blumer**, bahwa tindakan manusia adalah tindakan interpretatif yang dibuat oleh manusia itu sendiri. Pada dasarnya tindakan manusia terdiri dari pertimbangan atas berbagai hal yang diketahuinya dan melahirkan serangkaian kelakuan atas dasar bagaimana mereka menafsirkan hal tersebut. Hal-hal yang dipertimbangkan itu mencakup berbagai masalah seperti keinginan dan kemauan, tujuan dan sarana yang tersedia untuk mencapainya, serta tindakan yang diharapkan dari orang lain, gambaran tentang diri sendiri, dan mungkin hasil dari cara bertindak tertentu.¹³⁵

¹³⁴ J. Haryatmoko, *Manusia dan Sistem, pandangan tentang manusia dalam sosiologi Talcott Parsons*, Kanisius, Yogyakarta, 1986, hal. 51.

¹³⁵ Margaret M. Poloma, *Op. Cit.*, hal. 268.

Tindakan yang dilakukan oleh dokter tersebut yang didasarkan sikap pasien tersebut mendorong dilakukannya penyimpangan oleh dokter dengan tindakan yang sederhana namun mendapatkan hasil yang memuaskan.

c. Pelayanan Kesehatan dalam Era Globalisasi

Globalisasi yang diartikan sebagai sikap mendunia, tanpa pembatas antara negara yang satu dengan negara yang lain, keluar dari batas negeri sendiri paling tidak harus memenuhi unsur-unsur antara lain:

- 1) Kegiatan atau gerakan berskala besar yang mencakup sebagian besar dunia, yang dipacu oleh motivasi dan didukung oleh kekuatan yang dapat menentukan posisi (ilmu pengetahuan, teknologi, modal).
- 2) Globalisasi adalah suatu dinamika yang meliputi pemberi dan penerima.
- 3) Terjadi perubahan besar pada tatanan ekonomi, sosial, budaya, politik, hukum.
- 4) Perubahan itu mempunyai dampak yang jauh ke masa depan di seluruh dunia.¹³⁶

¹³⁶ Samsi Jacobalis, *Apa dan Bagaimana Globalisasi Ekonomi serta Liberalisasi Industri Jasa Kesehatan di Indonesia*, makalah Kongres Nasional PERHUKI, Fakultas Kedokteran UNAIR-Surabaya, tanggal 26-27 Juli 1996, hal. 1-2.

Unsur-unsur globalisasi dalam pengertian umum tersebut juga melekat pada globalisasi dalam bidang jasa kesehatan dalam hubungan antara dokter-pasien.

Globalisasi dalam bidang jasa kesehatan berkait erat dengan globalisasi dalam bidang ekonomi, sebab idealisme tujuan dari jasa kesehatan adalah diperolehnya kepuasan oleh konsumen (pasien) karena adanya persaingan yang bebas yang menimbulkan setiap produsen berusaha memberikan pelayanan yang terbaik dengan harga yang serendah mungkin. Dengan demikian biaya pelayanan kesehatan di seluruh dunia menjadi turun, namun kualitas justru semakin baik karena adanya perlombaan untuk memperoleh konsumen banyak. Jadi pada akhirnya rakyat seluruh dunia jugalah yang akan menikmati dampak globalisasi ekonomi dan perdagangan bebas.

Melihat hal tersebut, dalam bidang pelayanan jasa kesehatan adanya kesepakatan antara negara-negara dalam bidang ekonomi juga penting bagi bidang kesehatan, yaitu seperti adanya kesepakatan Genewa tentang GATT (*General Agreement on Tariffs and Trade*) tahun 1993 yang diratifikasi sebagai kesepakatan internasional tahun 1994, WTO (*World Trade Organization*) sebagai badan internasional dengan otoritas yang

kuat sebagai *watchdog* untuk menjaga pengamanan pelaksanaan pasar bebas.

Sebelum adanya GATT maupun WTO, sudah ada kesepakatan ekonomi sekawasan seperti United Europe (sebelumnya Pasar Bersama Eropa), NAFTA (*North American Free Trade Area*), APEC (*Asia Pasific Economic Cooperation*), AFTA (*ASEAN Free Trade Area*).

Liberalisasi sepenuhnya perdagangan di kawasan AFTA disepakati tahun 2003 sedangkan di kawasan APEC tahun 2020. Bahkan beberapa negara asean seperti Singapura, Brunei dan Thailand karena merasa sudah siap, mengusulkan percepatan pada tahun 2000.

Kalau GATT dan WTO adalah dalam bidang perdagangan bebas (ekonomi), maka khusus untuk jasa kesehatan diatur dalam rumusan Kesepakatan Umum Perdagangan Jasa (*General Agreement on Trade in Service-GATS*) yang pada saat ini sebenarnya masih memerlukan pembahasan yang lebih mendalam.

Berkaitan dengan pelayanan jasa dalam kesepakatan GATS tersebut ruang lingkup liberalisasi perdagangan jasa sangat luas sekali, namun dapat disederhanakan menjadi: ¹³⁷

- 1) Kelompok jasa yang dapat dikonsumsi tanpa perlu mendatangi negara penghasil jasa (*across a border*)

Untuk bidang kesehatan adalah adanya pelayanan medik jarak jauh (*telemedicine services*). Hal ini berdampak positif makin meningkatnya mutu pelayanan kesehatan karena dengan terbukanya akses melakukan konsultasi dengan pelbagai sarana dan/atau tenaga kesehatan di negara-negara maju tersebut, pengetahuan dan ketrampilan tenaga kesehatan dalam negeri dapat ditingkatkan.

- 2) Kelompok jasa yang untuk mengkonsumsinya harus mendatangi negara penghasil jasa (*through consumption abroad*).

Untuk bidang kesehatan adalah adanya kegiatan berobat ke luar negeri. Kegiatan ini banyak berdampak negatif yakni terkurasnya devisa negara karena harus membiayai pelayanan yang dikonsumsi di luar negeri.

¹³⁷ Azrul Azwar, *Dampak Globalisasi pada Tatahan Pelayanan Kesehatan di Indonesia*, makalah Kongres Nasional IV PERHUKI, Fakultas Kedokteran UNAIR-Surabaya, 26-27 Juli 1996, hal. 3-5.

- 3) Kelompok jasa yang diselenggarakan oleh suatu sarana asing yang didirikan di suatu negara (*through commercial presence*).

Untuk bidang kesehatan adalah dengan berdirinya Rumah Sakit Asing di suatu negara. Hal ini juga berdampak positif dengan makin banyaknya sarana pelayanan kesehatan yang dapat digunakan masyarakat sehingga bertambah pula kesempatan kerja, meningkatnya mutu pelayanan kesehatan serta penghematan pemakaian devisa negara di samping dampak negatif yaitu berubahnya filosofi pelayanan kesehatan, meningkatnya biaya pelayanan kesehatan, makin sulit mewujudkan pemerataan pelayanan kesehatan dan tidak sesuainya pelayanan kesehatan dengan kebutuhan dan tuntutan kesehatan masyarakat.

- 4) Kelompok jasa yang diselenggarakan oleh tenaga kerja asing yang bekerja di suatu negara (*through the presence of people who are service provider*).

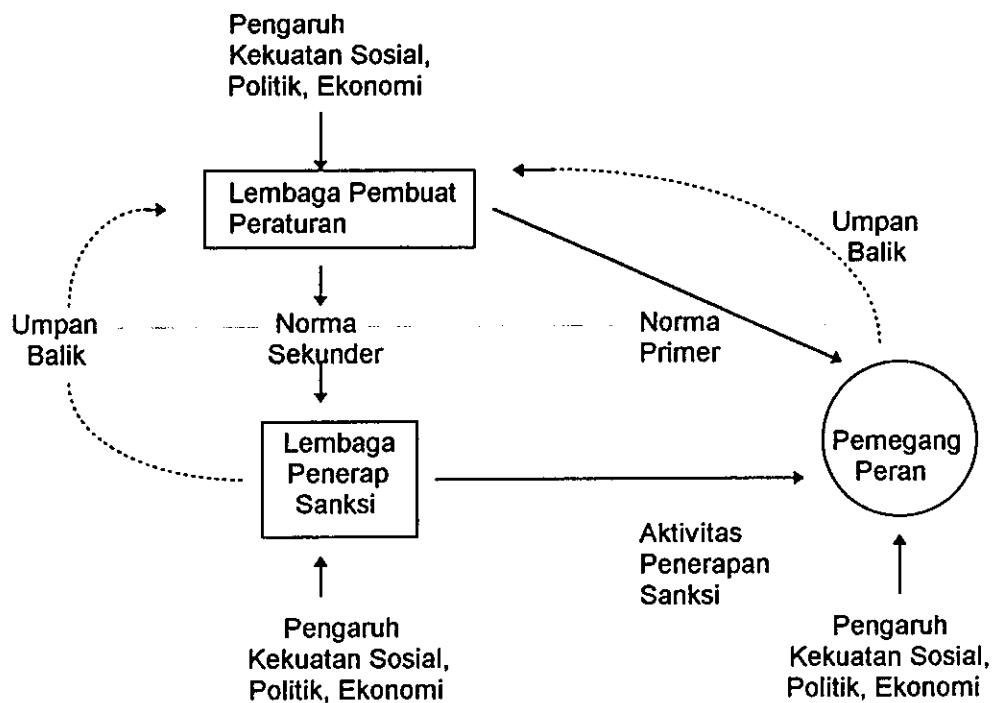
Untuk bidang kesehatan terlihat dengan bekerjanya dokter dan/atau perawat asing. Dampak positif terlihat dengan makin meningkatnya mutu pelayanan karena semakin bertambah pula jenis dan keahlian sesuai yang diperlukan masyarakat. Namun dampak negatif juga ada yaitu terjadinya persaingan

antar tenaga kesehatan, berubahnya filosofi pelayanan kesehatan, sulitnya mewujudkan pemerataan serta tidak sesuainya pelayanan dengan kebutuhan masyarakat.

Terhadap terjadi *medical malpractice* yang disebabkan oleh bentuk pelayanan kesehatan dalam era globalisasi, perlu adanya peraturan yang memberikan perlindungan dengan pasien, sebab kalau kondisi globalisasi itu justru merugikan pasien, tujuan pokoknya jelas tidak terpenuhi. Untuk itu perlu adanya pengaturan tentang proses peradilan apabila timbul suatu konflik.

Globalisasi dalam bidang jasa pelayanan kesehatan tersebut sudah barang tentu merupakan gabungan dari berbagai unsur yang berasal dari seluruh dunia. Dalam hal ini kegiatan tersebut tidak selalu sesuai dengan alam Indonesia sebagaimana diungkapkan oleh **Robert B. Seidman** ¹³⁸ bahwa hukum suatu bangsa tidak dapat dialihkan begitu saja kepada bangsa lain. Hal ini dapat dilihat pada kerangka pemikiran yang tergambar dalam bentuk bagan sebagai berikut:

¹³⁸ Ronny Hanitijo Soemitro, *Politik, Kekuasaan & Hukum (Pendekatan Manajemen Hukum)*, Badan Penerbit Universitas Diponegoro, Semarang, 1998, hal. 124-125.



Analisa yang dikemukakan oleh Robert B. Seidman adalah bahwa:

- 1) Untuk mengetahui bagaimana seorang pemegang peran di dalam masyarakat akan bertindak, harus ditinjau dalam hubungannya dengan fungsi-fungsi dari faktor-faktor yang berhubungan dengan peran yang diharapkan (*role expectation*) dari orang itu. Fungsi-fungsi itu adalah:
 - a) Peraturan-peraturan hukum yang ditujukan kepada orang itu.
 - b) Sanksi-sanksi peraturan hukum tersebut.
 - c) Aktivitas lembaga penerap sanksi seperti: pengadilan, kejaksaan, kepolisian.

d) Seluruh kompleks kekuatan-kekuatan sosial, politik, ekonomi yang mempengaruhinya.

2) Bila peraturan hukum tertentu sudah berhasil menggerakkan perilaku anggota-anggota masyarakat, maka keadaan itu merupakan sesuatu yang bersifat khas dalam masyarakat tersebut.

3) Penggunaan peraturan-peraturan hukum yang sama, berikut sanksinya, harus ditempatkan dalam konteks waktu dan tempat tertentu yang sama pula.

Oleh karena itu penggunaan peraturan hukum tersebut untuk waktu dan tempat yang berbeda dan juga dengan lembaga penerap sanksi yang berbeda serta kompleks kekuatan sosial, politik, ekonomi yang mempengaruhi pemegang peran yang berbeda pula, tidak dapat diharapkan akan menimbulkan aktivitas pemegang peran yang sama dengan yang terjadi di tempat asal dari peraturan-peraturan hukum tersebut.

Berdasarkan pemikiran tersebut, globalisasi dalam bidang jasa pelayanan kesehatan juga tidak semua ketentuan yang berlaku itu dapat diterapkan di Indonesia. Hal ini terutama terlihat pada dampak negatif yang timbul dari globalisasi tersebut.

ini karena adanya perbedaan sistem pengelolaan pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan kebutuhan dan tuntutan kesehatan masyarakat.

Dalam rangka untuk mengatasi hal tersebut, maka perlu adanya kesiapan hukum dalam menyongsong globalisasi dan liberalisasi jasa kesehatan. Berkaitan dengan masalah kesiapan ini, menurut Hermien Hadiati Koeswadji,¹³⁹ terlebih dahulu perlu diketahui apakah hakekat (*the nature*) dan fungsi (*the function*). Dalam mencari/menemukan hakekat dan fungsi hukum dalam masyarakat yang sedang membangun itu dapat disimak dari sejauh mana masyarakat berikut anggota-anggotanya dilibatkan. Keterlibatan anggota masyarakat ini nampak dari beberapa aktivitas, yaitu:

- 1) Dalam suatu proses hukum yang formal (*a formal statutory*), keterlibatan masyarakat berikut para anggotanya terjadi apabila hukum diperlakukan secara ketat melalui jalur penyelesaian setiap masalah/sengketa melalui prosedur hukum/peradilan (*strictly enforced ultimately by the courts*).

¹³⁹ Hermien Hadiati Koeswadji, *Kesiapan Hukum dalam menyongsong Globalisasi Pelayanan Kesehatan di Indonesia*, makalah Kongres IV PERHUKI, Fakultas Kedokteran UNAIR-Surabaya, 26-27 Juli 1996, hal. 5.

ini karena adanya perbedaan sistem pengelolaan pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan kebutuhan dan tuntutan kesehatan masyarakat.

Dalam rangka untuk mengatasi hal tersebut, maka perlu adanya kesiapan hukum dalam menyongsong globalisasi dan liberalisasi jasa kesehatan. Berkaitan dengan masalah kesiapan ini, menurut Hermien Hadiati Koeswadji,¹³⁹ terlebih dahulu perlu diketahui apakah hakekat (*the nature*) dan fungsi (*the function*). Dalam mencari/menemukan hakekat dan fungsi hukum dalam masyarakat yang sedang membangun itu dapat disimak dari sejauh mana masyarakat berikut anggota-anggotanya dilibatkan. Keterlibatan anggota masyarakat ini nampak dari beberapa aktivitas, yaitu:

- 1) Dalam suatu proses hukum yang formal (*a formal statutory*), keterlibatan masyarakat berikut para anggotanya terjadi apabila hukum diperlakukan secara ketat melalui jalur penyelesaian setiap masalah/sengketa melalui prosedur hukum/peradilan (*strictly enforced ultimately by the courts*).

¹³⁹ Hermien Hadiati Koeswadji, *Kesiapan Hukum dalam menyongsong Globalisasi Pelayanan Kesehatan di Indonesia*, makalah Kongres IV PERHUKI, Fakultas Kedokteran UNAIR-Surabaya, 26-27 Juli 1996, hal. 5.

- 2) Dalam suatu proses hukum yang informal (*a more informal process*), apabila prosedur penyelesaian setiap masalah/sengketa dilakukan melalui negosiasi secara persuasif orang perorangan/lembaga/institusi pemegang kunci (*key persons/agencies*) yang dalam melaksanakan tugasnya didasarkan pada tujuan yang sudah digariskan untuk dicapai (oleh hukum) melalui kewenangannya yang juga digariskan dan dibekalkan kepadanya oleh hukum itu (*to exercise beyond his ultimate authority*).
- 3) Apabila dalam masyarakat tersebut berlaku berbagai sistem hukum (lebih dari satu sistem hukum) seperti halnya di Indonesia yang memungkinkan berlakunya secara bersama-sama sistem hukum tertulis (berupa peraturan-peraturan hukum yang dikodifisir) di samping hukum yang tidak tertulis (berupa hukum kebiasaan, atau yang tidak tertulis namun hidup dan berkembang dalam masyarakat sepanjang masa), permasalahan pemecahan hukumnya tidak akan semudah seperti yang dibayangkan dibandingkan dengan masyarakat yang mengikuti satu sistem hukum saja.

Dalam rangka menghadapi globalisasi dalam bidang jasa pelayanan kesehatan sudah barang tentu diperlukan adanya

perubahan hukum karena masuknya hukum yang bersifat mendunia tersebut. Menurut **Hans Kelsen**,¹⁴⁰ perubahan hukum sebagai suatu sistem tertutup (dinamika internal hukum) merupakan perubahan hukum yang berlangsung berdasarkan tingkat urutan peraturan perundangan. Dinamika hukum inilah yang oleh TAP MPR No. IV/MPR/1973 jo Keppres No. 11 Tahun 1974 khususnya Buku III Bab 27 dibuka kemungkinannya dalam menemukan "hukum baru" dalam rangka melaksanakan perintah pembangunan hukum (nasional) oleh Undang Undang Dasar 1945. Dinamika internal ini nampak dengan diterbitkannya Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan yang mengatur:

- 1) Azas dan tujuan yang menjadi landasan dan memberikan arah pembangunan kesehatan yang dilakukan melalui upaya kesehatan untuk meningkatkan kesehatan, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang sehingga terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal tanpa membedakan status sosialnya;

¹⁴⁰ *Ibid.*, hal. 11.

- 2) Hak dan kewajiban setiap orang untuk memperoleh derajat kesehatan yang optimal serta wajib untuk ikut serta dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan;
- 3) Tugas dan tanggung jawab Pemerintah pada dasarnya adalah mengatur, membina dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan serta menggerakkan peranserta masyarakat;
- 4) Upaya kesehatan dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan melalui pendekatan peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif);
- 5) Ketentuan pidana untuk melindungi pemberi dan penerima jasa pelayanan kesehatan bila terjadi pelanggaran terhadap UU No. 23 Tahun 1992.

Di samping itu, hal yang lebih berperan adalah faktor budaya hukum yang berkaitan dengan sikap dan persepsi anggota masyarakat terhadap hukum yang ada yaitu masalah budaya hukum. Budaya hukum ini terrefleksi dalam dinamika eksternal hukum sesuai dengan kebutuhan hukum masyarakat yang sedang membangun.¹⁴¹

¹⁴¹ *Ibid.*, hal. 18.

Budaya hukum yang berkembang dalam masyarakat berkaitan dengan masalah globalisasi jasa pelayanan kesehatan ini menuntut masuknya peraturan yang bersifat mendunia itu disesuaikan dengan alam budaya masyarakat yang pada dasarnya bersifat sosial dan penuh pengabdian. Jadi tidak semata-mata mencari keuntungan pribadi.

Dalam rangka memenuhi tuntutan masyarakat ini perlu pengaturan tentang tenaga kesehatan asing yang akan bekerja di Indonesia. Hal ini telah diatur dalam Bab VIII pasal 27 Peraturan Pemerintah No. 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan. Dengan adanya pengaturan terhadap tenaga kesehatan asing yang akan bekerja di Indonesia berarti pemerintah memberikan perlindungan terhadap pasien selaku konsumen jasa medik dalam menghadapi masuknya tenaga kesehatan asing. Sesuai dengan ketentuan dalam PP tersebut, mereka harus mendapat izin lebih dahulu dari Menteri dengan memperhatikan peraturan perundangan yang berlaku di bidang tenaga kerja asing. Namun demikian, sensor melalui izin Menteri ini tidak mungkin bertahan lama, karena kita sudah meratifikasi GATT yang selanjutnya dilembagakan menjadi WTO, sehingga undang-undang tidak dapat menahan arus masuknya dokter asing ke Indonesia. Hal ini hanya

dapat diatasi dengan rambu-rambu yang dibuat oleh IDI untuk mengantisipasinya yaitu dengan peningkatan sumber daya manusia untuk mengimbangi kemampuan dokter asing yang mempunyai kemampuan tinggi. Sehingga dengan demikian tindakan yang dilakukan oleh dokter asing dapat terkontrol oleh dokter dalam negeri yang tentunya dengan kemampuan yang tidak tertinggal jauh.

Berdasarkan hal tersebut, maka liberalisasi jasa pelayanan kesehatan itu dapat dipandang sebagai tantangan sekaligus peluang. Maksudnya bahwa dengan liberalisasi kita dituntut untuk menyediakan sumber daya yang berkualitas serta sarana dan prasarana teknologi yang canggih untuk mengimbangi kemajuan dunia kedokteran yang telah dimiliki negara-negara maju. Sehingga kita juga dipacu untuk mampu menyediakannya. Namun memang faktor dana yang besar tidak dapat dipungkiri sebagai salah satu kelemahan kita.

Di sisi lain, konsumen sudah mulai dimanjakan dengan berbagai fasilitas pengobatan yang dapat mereka pilih, terutama bagi kalangan berdana besar yang lebih memilih pengobatan di luar negeri. Maka kompetisi global semacam itu menjadi semakin tajam dan kita adalah salah satu subyek sekaligus obyek yang

menggairahkan. Itu berarti kita harus mampu menjadikan diri lebih kompetitif dalam sektor pemberian jasa kesehatan.

Dalam arti positif, kompetisi dalam industri kesehatan adalah kemampuan memberikan kepada konsumen barang atau jasa pemeliharaan kesehatan: 1) yang bermutu lebih tinggi, 2) yang berharga lebih rendah, 3) pelayanan yang lebih sempurna, 4) yang lebih mudah terjangkau, 5) yang lebih memenuhi kebutuhan, tuntutan, harapan dan kepuasan konsumen.¹⁴²

Berdasarkan pengertian tersebut, kompetisi tidak dapat diartikan sebagai tindakan untuk menjatuhkan pihak pesaing, namun adalah bertujuan untuk kepuasan konsumen semata. Jadi kompetisi di sini adalah sebagai tindakan yang berdampak positif. Sebab konsumen mempunyai hak untuk memilih sarana pengobatan dan hal itu akan banyak menjurus pada program yang berkualitas dengan biaya yang tidak terlalu tinggi. Sebab sampai saat ini faktor biaya menempati urutan yang di atas sebagai bahan pertimbangan dalam rangka menentukan pilihan jasa kesehatan.

Era liberalisasi ini dapat dipakai sebagai peluang untuk memasuki pasar global tanpa adanya pendiskriminasian pada suatu negara termasuk negara-negara berkembang seperti

¹⁴² Samsi Jacobalis, *Op. Cit.*, hal. 9.

Indonesia untuk ikut pula bersaing dan bekerjasama dengan negara-negara lainnya. Kondisi semacam ini harus ditangkap oleh pasar Indonesia sebagai suatu kesempatan emas demi pemenuhan kebutuhan konsumen jasa medik yang selama ini harus mengeluarkan biaya mahal untuk memperoleh pengobatan di luar negeri. Namun dengan liberalisasi ini dimungkinkan memperoleh pelayanan jasa medik di dalam negeri maupun di luar negeri namun dengan biaya yang dapat ditekan tapi kualitas standard internasional.

BAB III

PERTANGGUNGJAWABAN DOKTER ATAS TINDAKAN *MEDICAL MALPRACTICE* DALAM TRANSAKSI TERAPEUTIK

A. Pendahuluan

Sebagai suatu bentuk kontrak, *transaksi terapeutik* memberikan hak dan kewajiban bagi dokter dan pasien. Berdasarkan adanya hak dan kewajiban tersebut, maka para pihak yang terikat itu wajib mentaati ketentuan yang telah digariskan. Untuk itu maka apabila salah satu pihak melakukan tindakan yang menyimpang sehingga merugikan pihak lain, maka pihak yang bersalah menimbulkan kerugian tersebut harus menggantinya sesuai bunyi pasal 1365 KUHPerdota.

Di dalam menjalankan tugasnya seorang dokter itu juga dapat melakukan tindakan yang menyimpang, dalam hal ini yang dimaksud adalah tindakan yang berupa *medical malpractice*. Apabila seorang dokter itu telah terbukti melakukan *medical malpractice*, maka kepadanya akan dikenakan sanksi sebagai bentuk pertanggungjawaban atas tindakannya tersebut. Sebab tindakan dokter terhadap pasien adalah berhubungan dengan masalah hidup matinya seorang manusia. Jadi profesi dokter itu suatu tindakan yang harus dilaksanakan dengan

sepenuh hati dilandasi dengan rasa tanggung jawab yang tinggi dan pengabdian pada masyarakat.

Seorang pemegang profesi dalam kegiatannya bukan hanya sekedar melaksanakan pekerjaan untuk mencari nafkah, tetapi lebih dari itu terkandung di dalamnya unsur pengabdian. Dengan demikian tidak setiap pekerjaan dapat dikategorikan sebagai suatu profesi. Sedangkan apabila ditinjau dari segi filsafat, pengertian kerja adalah lebih luas lagi, yaitu bukanlah semata-mata sarana mencari makan, melainkan juga sarana perikemanusiaan. Sehingga pekerjaan adalah pelaksanaan tugas dari Tuhan sendiri, yang menghendaki manusia meneruskan karya penciptaan-Nya dengan mengelola dunia dengan begitu indah dan mempesonakan.¹⁴³ Profesi dokter sangat dituntut dilakukannya tindakan yang menghargai pihak pasien sebagai sesama makhluk Tuhan.

Berkaitan dengan masalah *medical malpractice*, perlu adanya pembatasan kategori, sehingga dapat diketahui dengan pasti suatu tindakan itu merupakan *medical malpractice* atau bukan.

Sebelum itu perlu dibedakan lebih dahulu antara *Ethical Malpractice* dengan *Juridical Malpractice*, yaitu bahwa *ethical malpractice* berarti dokter tidak dapat memakai ilmunya dengan baik; sedangkan dalam

¹⁴³ Al Purwa Hadiwardoyo, *Moral dan Masalahnya*, Kanisius, Yogyakarta, 1990, hal. 95, 97.

juridical malpractice dengan sendirinya ada *ethical malpractice*. *Ethical malpractice* dapat terjadi secara sendiri.

Arthur F. Southwick dalam bukunya *The Law of Hospital and Health Care Administration* ¹⁴⁴, yaitu antara lain:

1. Teori Pelanggaran Kontrak

Sumber perbuatan malpraktek adalah karena terjadinya pelanggaran kontrak; sehingga berdasar teori ini, hubungan antara dokter dengan pasien baru terjadi apabila diantara mereka telah terjadi kontrak.

2. Teori Perbuatan yang Disengaja

Sumber perbuatan malpraktek adalah adanya kesalahan yang dibuat dengan sengaja (*intentional tort*), yang mengakibatkan seseorang secara fisik mengalami cedera (*assault and battery*).

3. Teori Kelalaian

Sumber perbuatan malpraktek adalah kelalaian (*negligence*).

Berdasarkan teori tentang malpraktek tersebut, untuk dapat mengajukan suatu masalah malpraktek alasan yang dikemukakan oleh seorang pasien haruslah sesuai dengan salah satu teori tersebut. Namun dalam prakteknya ternyata tidak semudah yang dibayangkan. Hal ini disebabkan karena kurangnya pengetahuan pasien dan juga aparat penegak hukum dalam bidang medik, terutama untuk menentukan

¹⁴⁴ Umi R. Lengkong, *Beberapa Teori Mengenai Malpraktek*, Kompas, 5 Mei 1987.

adanya kelalaian dalam diri dokter. Beberapa kesulitan yang dialami oleh aparat penegak hukum dalam mencari bukti suatu tindakan malpraktek antara lain:¹⁴⁵

1. Kurangnya pengetahuan, keahlian dan pengalaman yang cukup di bidang medik oleh aparat penegak hukum.
2. Kesulitan karena biasanya seorang dokter segan untuk memberikan keterangan dan kesaksian yang dapat memberatkan tuduhan terhadap rekan sejawatnya, bila dipanggil oleh pengadilan untuk menjadi saksi, sehingga ia cenderung untuk diam. Sehingga pengadilan terpaksa memanggil "orang luar" yang dianggap cukup ahli untuk memberikan pendapat dan kesaksiannya.

Untuk mengatasi kesulitan dalam menilai suatu tindakan itu merupakan *medical malpractice* atau bukan, disamping penerapan teori sumber malpraktek, dapat pula ditambahkan 4 (empat) kriteria untuk mengukur adanya kelalaian berat (*culpa lata*) yang merupakan salah satu unsur *medical malpractice* sebagaimana dikemukakan oleh Hubert Smith dengan istilah "4D", yaitu¹⁴⁶:

1. Duty (kewajiban), maksudnya ada kewajiban dokter untuk menangani pasien secara layak sesuai kemampuannya.

¹⁴⁵ *Ibid.*

¹⁴⁶ Sofwan Dahlan, *Perlindungan Dokter dan Pasien*, Makalah Seminar Malpraktek Kedokteran, Aspek Hukum Dan Pencegahan, Rumah Sakit ST. Elisabeth, Semarang, 29 Juli 1991, hal. 16.

2. Dereliction of duty (penyimpangan dari kewajiban), maksudnya ada kecerobohan di dalam melaksanakan kewajiban tersebut karena tidak memenuhi standar profesi medik.
3. Damage (kerugian), maksudnya pasien menderita kerugian.
- ~~4. Direct Causation between (b) and (c),~~ maksudnya ada hubungan kausal langsung antara kerugian itu dengan kecerobohan dokter.

Dengan demikian seorang dokter yang melakukan tindakan yang memenuhi ketentuan tersebut, dapat dikategorikan telah melakukan *medical malpractice*. Untuk itu adalah hak pasien untuk mengajukan gugatan atas kerugian akibat kecerobohan dokter tersebut.

B. Bentuk Perangungjawaban Dokter

Setiap dokter dalam menjalankan profesinya harus dapat mempertanggungjawabkan semua tindakannya, demikian pula bagi yang melakukan *medical malpractice*. Pertanggungjawaban dokter atas tindakannya dapat dibagi menjadi dua kategori, yaitu pelanggaran etik dan pelanggaran hukum.

1. Pelanggaran di Bidang Etik

Apabila seorang dokter melakukan pelanggaran profesi berkaitan dengan masalah etik, maka ia akan dikenai sanksi etik sebagaimana diatur dalam KODEKI. Sanksi ini secara umum

termasuk dalam bentuk hukum disipliner medik. Hukum disipliner medik tidak terletak di bawah hukum perdata ataupun pidana, tetapi merupakan pelengkap terhadap kedua hukum tersebut. Sehingga bagi seorang dokter yang telah melakukan kesalahan yang sangat serius, sekalipun telah dijatuhi hukuman disipliner dimungkinkan pula dikenai hukuman berdasar hukum pidana maupun perdata. Adapun ciri-ciri hukum disipliner adalah:¹⁴⁷

- a. Hukum disipliner adalah kelompok hukum yang secara khusus dapat diterapkan terhadap anggota-anggota dari kelompok tertentu, misalnya dokter atau pengacara.
- b. Putusan terhadap perilaku salah itu dijatuhkan oleh badan peradilan (yang dibentuk oleh lembaga), yang peran dominannya dilakukan oleh rekan-rekan sekerjanya.
- c. Norma yang diterapkan terhadap perilaku yang dipermasalahkan dirumuskan dalam terminologi yang samar-samar, misalnya seperti merusak kepercayaan terhadap profesi medik, atau melakukan kesalahan yang mencolok dalam praktek pengobatan. Badan peradilan ini sedikit banyak mengikuti corak norma yang demikian ini dalam penjatuhan putusan.

¹⁴⁷ W. B. Van Der Mij, *Medical Disiplinary Law - Issues of Health Law Op. Cit.*, hal. 3.

- d. Hukum yang dijatuhkan diukur dari hukum disipliner yang terdapat pada hukum perdata atau hukum pidana. Misalnya putusan yang berupa pemberian peringatan, pemberian teguran dan pencabutan izin praktek di bidang profesi medik baik sementara maupun tetap.
- e. Pada prinsipnya kasus ini tidak diadili secara terbuka namun demikian lembaga yang mengadili dapat memutuskan permasalahan yang diajukan kepadanya dengan sungguh-sungguh dengan alasan untuk menjaga kepentingan umum. Sekalipun demikian hal yang demikian ini masih bersifat langka.
- f. Putusan yang dijatuhkan tidak diumumkan secara terbuka, kecuali putusan yang dijatuhkan untuk melindungi kepentingan umum. Jika putusannya dipublikasikan, publikasinya disampaikan tanpa menyebutkan identitas para pihak yang bersangkutan.

Dengan demikian terlihat bahwa hukum disipliner itu bersifat elitis, peradilan untuk kelas atas.

Pelanggaran etik yang dilakukan oleh dokter dapat dikelompokkan menjadi pelanggaran ringan dan pelanggaran berat. Untuk menentukan berat ringannya suatu pelanggaran perlu dinilai kasus demi kasus dengan memperhatikan berbagai faktor, antara lain:

- a. Pelanggaran yang menyebabkan kematian, kecacatan, sakit.
- b. Pelanggaran yang menyebabkan kegoncangan dalam masyarakat.
- c. Pelanggaran yang menyebabkan gangguan hubungan sesama teman sejawat.

Adapun tata cara penanganan pengaduan pelanggaran etik ini dapat disampaikan secara tertulis kepada:

- a. Pemerintah Daerah (Camat, Bupati, Gubernur dan pejabat instansi lain, Kepolisian, Kejaksaan).
- b. Kepala Puskesmas, Kepala Dinas Kesehatan Daerah Tingkat II, Kepala Dinas Kesehatan Daerah Tingkat I, Kepala Kantor Wilayah Departemen Kesehatan Propinsi, Kepala Instansi Pelayanan Kesehatan.
- c. IDI Cabang atau PDGI Cabang cq MKEK atau MKEKG.

Setiap pengaduan pelanggaran etik sebaiknya diselesaikan secara musyawarah antara pengadu dengan dokter yang bersangkutan disaksikan oleh wakil MKEK dan MKEKG. Pengaduan pelanggaran yang tidak dapat diselesaikan dengan musyawarah diteruskan kepada IDI Cabang atau PDGI Cabang cq MKEK atau MKEKG untuk diteliti kebenarannya. Jika IDI atau PDGI tidak dapat menyelesaikan kasus itu maka kasus tersebut dirujuk ke P3EK (Panitia Pertimbangan dan Pembinaan Etik Kedokteran).

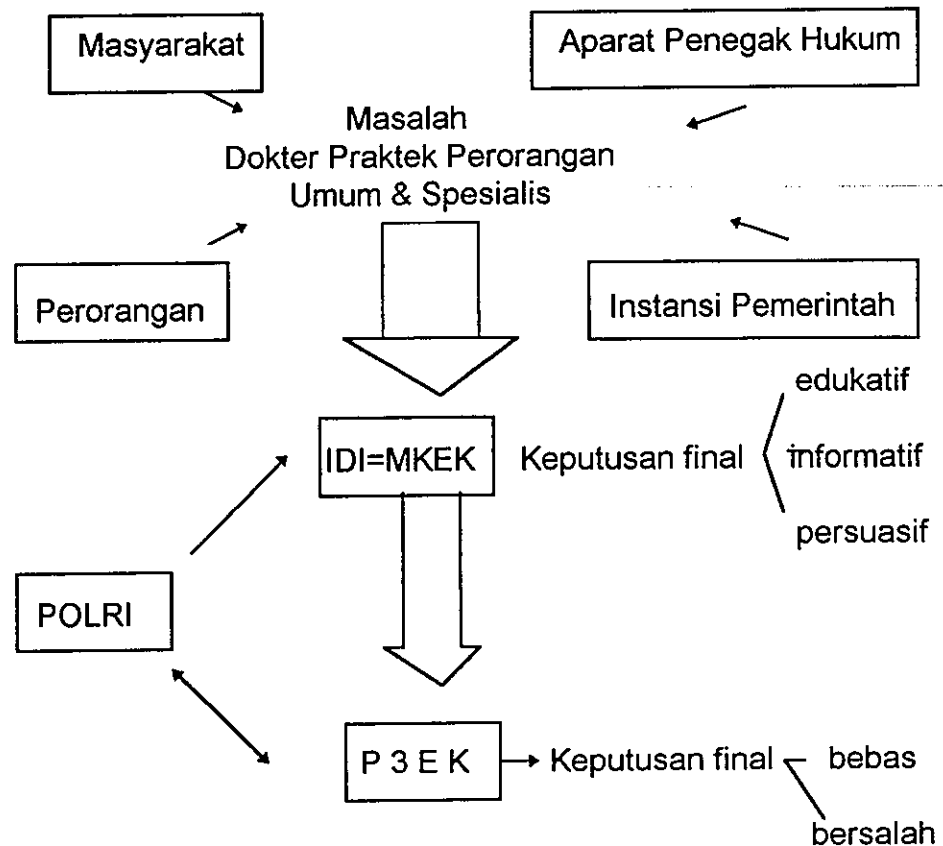
Menurut Pasal 33 Pedoman Tata Laksana Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Ikatan Dokter Indonesia, sanksi yang diberikan itu tergantung dari berat ringannya kesalahan yang dilakukan yang dapat berupa:

- a. Peringatan lisan;
- b. Peringatan tertulis;
- c. Pemecatan sementara sebagai anggota IDI yang diikuti dengan mengajukan saran tertulis kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kotamadya untuk mencabut izin praktek selamalamanya :
 - 1) 3 (tiga) bulan untuk pelanggaran ringan;
 - 2) 6 (enam) bulan untuk pelanggaran sedang;
 - 3) 12 (duabelas) bulan untuk pelanggaran berat.

2. Pelanggaran di Bidang Hukum

Apabila ada masalah hukum yang juga timbul selain masalah etik, maka P3EK bersama POLRI bisa melimpahkan perkaranya sampai ke Pengadilan setelah diadakan konsultasi dengan ahli-ahli/profesi-profesi lain.

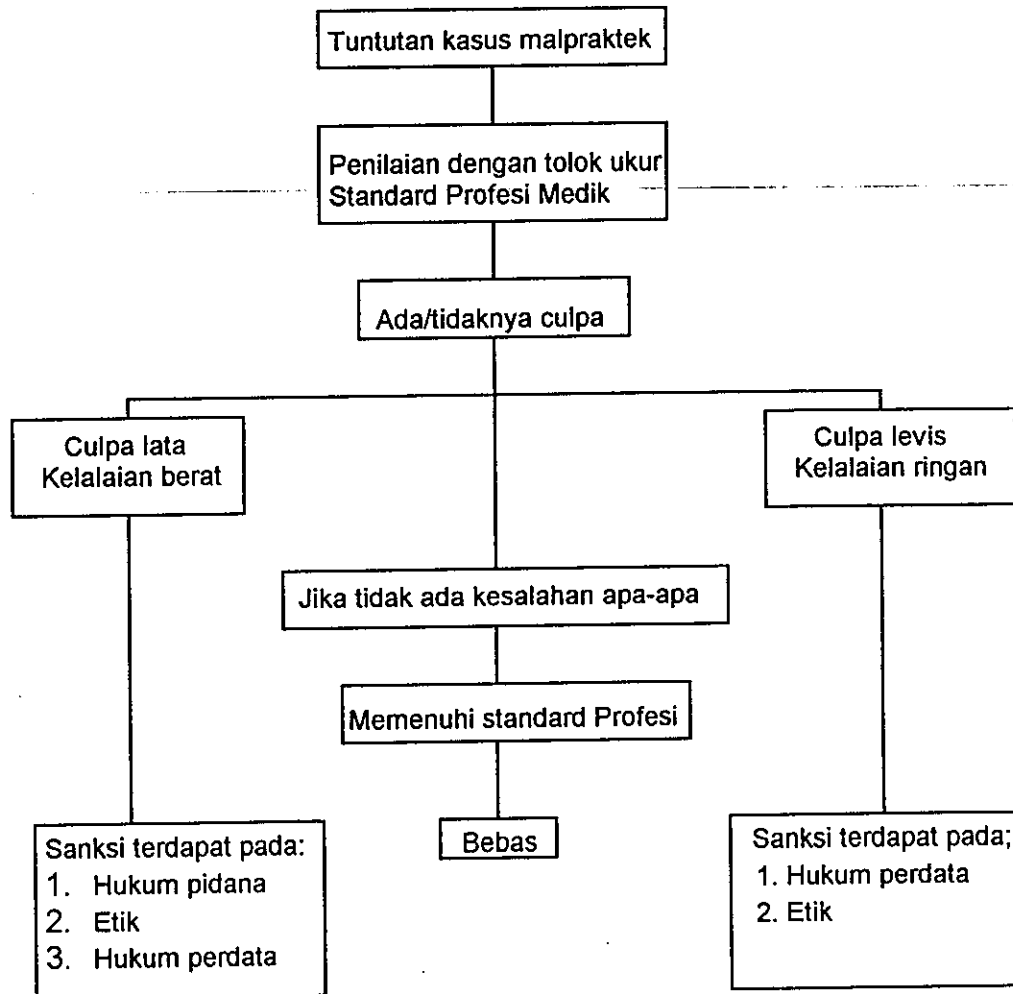
Adapun langkah yang ditempuh melalui jalur sebagai berikut:¹⁴⁸



Mengenai pertanggungjawaban hukum seorang dokter dapat dibagi menjadi: tanggung jawab perdata, pidana dan administrasi. Namun sebelum membicarakan mengenai pertanggungjawaban dalam bidang hukum, terlebih dahulu perlu pemahaman mengenai suatu kasus yang diduga sebagai *medical malpractice* yang berakhir dengan keputusan

¹⁴⁸ Abdullah Cholil, *Peranan IDI sebagai Organisasi Profesi Kedokteran*, makalah Simposium Panel Hukum dan Profesi Kedokteran, Yogyakarta, 6 Pebruari 1982.

sebagai malpraktek pidana atau perdata. Hal tersebut dapat terlihat dalam bagan berikut: ¹⁴⁹



Tanggung jawab seorang dokter dapat dimasukkan dalam hukum perdata, pidana dan administrasi. Tanggung jawab dalam hukum perdata disebabkan karena *transaksi terapeutik* tersebut dasarnya adalah perjanjian, sehingga apabila salah satu pihak ingkar

¹⁴⁹ Amri Amir, *Op. Cit.*, hal. 61.

janji maka pihak yang dirugikan dapat menuntut ganti rugi; tanggung jawab dalam hukum pidana disebabkan karena ada peraturan maka ada sanksi bagi si pelanggar; sedangkan dalam hukum administrasi karena dokter itu sebagai aparat yang membuat keputusan.

Tanggung jawab dalam hukum perdata ini timbul antara lain dalam hal:

a. Melakukan wan-prestasi (Pasal 1239 KUHPerdata)

Menurut ilmu hukum perdata, seseorang dapat dianggap melakukan wan-prestasi apabila:

- 1) Tidak melakukan yang disanggupi akan dilakukan.
- 2) Melakukan apa yang dijanjikannya, tetapi tidak sebagaimana yang dijanjikan.
- 3) Melaksanakan apa yang dijanjikannya, tetapi tidak sebagaimana yang dijanjikan.
- 4) Melakukan sesuatu yang menurut perjanjian tidak boleh dilakukannya.¹⁵⁰

Dalam hal gugatan atas dasar wanprestasi ini, harus dibuktikan bahwa dokter itu harus benar-benar telah mengadakan perjanjian, kemudian dia telah melakukan wanprestasi terhadap perjanjian tersebut (yang tentu saja dalam hal ini didasarkan pada

¹⁵⁰ Subekti, *Hukum Perjanjian*, PT Inter Masa, Jakarta, cetakan ke-X, 1985, hal. 45.

kesalahan/kelalaian melakukan profesi). Ketentuan ini adalah sesuai dengan **teori pelanggaran kontrak**, yaitu tidak dilakukannya tindakan sesuai yang dijanjikan.

b. Melakukan perbuatan melanggar hukum (Pasal 1365 KUHPerdara)

----- Suatu perbuatan melanggar hukum bukan hanya berarti perbuatan tersebut semata-mata melanggar hukum (tertulis) yang sedang berlaku, tetapi juga merupakan suatu perbuatan yang bertentangan, melanggar atau tidak sesuai dengan norma-norma kepatutan, ketertiban dan kehati-hatian di dalam masyarakat.

c. Melakukan kelalaian sehingga mengakibatkan kerugian (Pasal 1366 KUHPerdara)

Kelalaian di sini maksudnya adalah yang menimbulkan kerugian pada pasien, jadi tidak diukur berdasarkan besar kecilnya yang menimbulkan kerugian dapat dipakai sebagai dasar pengajuan tuntutan ganti rugi, sebaliknya kelalaian yang tidak sampai menimbulkan kerugian, maka tidak dapat dilakukan tuntutan perdata.

4) Melalaikan pekerjaan sebagai penanggung jawab (Pasal 1367 KUHPerdata)

Hal ini sesuai dengan doktrin *Captain of the Ship*, bahwa dokter bedah bertanggung jawab terhadap kelalaian perawat dan kelalaian para asisten lainnya.

Untuk menentukan seorang pelaku perbuatan melanggar hukum harus membayar ganti rugi haruslah terdapat suatu hubungan yang erat antara kesalahan dan kerugian yang ditimbulkan. Untuk hal ini dikenal dua ajaran pokok, yaitu:

a. *Theori conditio sine quanon* / ajaran tentang *equivalensia* dari von Buri

Penerapan ajaran ini menyebabkan pertanggungjawaban menurut pasal 1365 KUHPerdata menjadi sangat diperluas karena perbuatan yang jauh hubungannya dengan akibatnya harus dianggap juga sebagai sebab. Di dalam praktek, pembuktian adanya hubungan kausal antara perbuatan dan kerugian tidak dapat dilakukan secara sempurna tetapi disimpulkan sebagai "*the most possible cause*/sebab yang paling mungkin."

b. *Adequate veroorzaking* / sebab musabab yang bersifat *adequate*.

Ajaran yang dikembangkan oleh von Kries mempunyai pengertian sebagai berikut:

- 1) Suatu kerugian hanya merupakan perbuatan melanggar hukum kalau kerugian tersebut menurut akal manusia yang sehat dapat diharapkan merupakan suatu akibat dari perbuatan melanggar hukum tersebut.
- 2) Kerugian tersebut merupakan akibat dari perbuatan melanggar hukum yang dapat diduga semula.
- 3) Kerugian tersebut menurut pengalaman dapat diharapkan merupakan akibat perbuatan melanggar hukum.¹⁵¹

Dengan demikian, masalah kausalitas adalah faktor yang penting dalam kaitannya dengan hukum perdata, yaitu dalam pengajuan ganti kerugian yang diderita pasien akibat tindakan dokter. Hal ini apabila dikaitkan dengan konsep “4D” dari Hubert Smith adalah sesuai dengan unsur yang keempat yaitu adanya hubungan kausal langsung antara penyimpangan dari kewajiban yang dilakukan dokter dengan kerugian yang diderita pasien.

Pada umumnya perjanjian antara dokter dengan pasien termasuk dalam *inspanningsverbintenis*, namun dalam peristiwa tertentu dimungkinkan bersifat *resultaatsverbintenis*, yaitu tindakan yang dilakukan oleh dokter spesialis.

¹⁵¹ S. Sutrisno, *Tanggung Jawab Dokter di bidang Hukum Perdata: Segi-segi Hukum Pembuktian*, makalah seminar sehari Malpraktek Kedokteran Aspek Hukum dan Pencegahan, RS. ST. Elisabeth, Semarang, 29 Juli 1991, hal. 20.

Di dalam *inspanningsverbintenis*, dalam hal berkaitan dengan pertanggungjawaban dokter, pasien yang harus membuktikan bahwa kerugian yang dideritanya sebagai akibat kesalahan dari dokter; sedangkan dalam *resultaatsverbintenis* dokter yang harus membuktikan bahwa kesalahan bukan pada pihak dokter. Pembuktiannya adalah berbalik. Di dalam kasus seperti ini terdapat tanggung gugat resiko, artinya dokter harus berbuat yang baik dan ia dianggap bersalah kalau sampai terjadi *medical malpractice*.

Tanggung jawab seorang dokter dalam hukum pidana timbul apabila pertama-tama dapat dibuktikan adanya kesalahan profesional, misalnya kesalahan dalam diagnosa atau kesalahan dalam cara-cara pengobatan/perawatan. Untuk menentukan adanya kesalahan profesional, di dalam pemeriksaan sidang pengadilan nantinya diperlukan pendapat para ahli yang dapat memberikan data akurat kepada hakim. Tentu saja kesalahan di sini harus mempunyai hubungan sebab akibat dengan hasilnya, dan mempunyai derajat-derajat tertentu. Tanggung jawab pidana yang perlu dibuktikan dengan adanya kesalahan profesional itu biasanya dihubungkan

dengan masalah kelalaian (*negligence*) dan persetujuan dari pasien yang bersangkutan.¹⁵²

Masalah yang sering menjadi bahan pembicaraan adalah berkaitan dengan tindakan medik berupa pembedahan. Menurut Soerjono Soekanto dan Kartono Muhammad, dasar pembedahan itu dapat dikategorikan menjadi:

- a. Pembedahan atas dasar indikasi medik (misalnya pada operasi usus buntu, amandel) yang tujuannya memulihkan kesehatan pasien.
- b. Pembedahan tanpa indikasi medik (misalnya operasi plastik untuk mempercantik atau memperindah badan).¹⁵³

Bertitiktolak pada dasar diadakannya pembedahan serta unsur persetujuan pasien, kemudian menimbulkan permasalahan yang baru dalam hubungannya dengan tanggung jawab pidana seorang dokter, yakni:¹⁵⁴

- a. Pembedahan atas dasar indikasi medik dengan adanya persetujuan pasien.

¹⁵² Ninik Mariyanti, *Malapraktek Kedokteran, dari segi Hukum Pidana dan Perdata*, Bina Aksara, Jakarta, 1988, hal. 7-8.

¹⁵³ Sorjono Sockanto dan Kartono Muhammad, *Op. Cit.*, hal. 68.

¹⁵⁴ Ninik Mariyanti, *Op. Cit.*, hal. 8-15.

Ditinjau dari hukum pidana, seorang dokter yang melakukan pembedahan tidak perlu merasa resah atau khawatir, walaupun hasilnya tidak menguntungkan si pasien, karena pelaksanaan pembedahan yang normal tidak merupakan peristiwa pidana. Di sini persetujuan pasien sangat penting artinya, karena dengan persetujuan tersebut pasien akan terlindung dari tindakan sewenang-wenang dokter, yang tidak mustahil dapat terjadi dan mengakibatkan adanya gangguan terhadap diri pasien.

Terhadap masalah persetujuan ini harus ada pengaturan mengenai:

- 1) Siapa yang harus memberikan persetujuan bila pasien berhalangan ;
- 2) Tata cara pemberian persetujuan;
- 3) Suatu persetujuan hanya diberikan apabila ada penjelasan lengkap dari dokter yang akan melakukan pembedahan.

Persetujuan itu sendiri dapat meniadakan sifat melanggar hukum sebagaimana dikemukakan oleh Simon, bahwa persetujuan untuk mengadakan operasi dengan tujuan

pemulihan kesehatan meniadakan sifat pidana dari perbuatan tersebut.¹⁵⁵

Dengan demikian maka persetujuan pasien itu merupakan faktor yang dapat meniadakan sifat pidana ~~tindakan dokter sepanjang dokter telah bertindak sesuai~~ dengan standard profesi medik.

b. Pembedahan atas dasar indikasi medik tanpa adanya persetujuan dari pasien

Di sini, apabila tindakan dokter yang bersangkutan menimbulkan cacat atau meninggalnya pasien, maka sesuai dengan pendapat Simon, dokter harus bertanggung jawab atas tindakannya itu.

Dalam hal pasien tidak sadar dan tidak ada keluarga yang mendampingiya sedangkan berdasarkan pemeriksaan harus segera dilakukan pembedahan, apabila pembedahan tersebut mengakibatkan pasien cacat atau meninggal dunia, maka dokter tidak dapat dikenai tanggung jawab pidana. Sebab tindakan dokter tersebut adalah dalam rangka untuk penyembuhan pasien, sedang akibat yang timbul itu dapat karena berbagai faktor.

¹⁵⁵ Socrjono Sockanto, *Tanggung Jawab Dokter dalam Melaksanakan Profesinya*, Medika, Nomor 12 Tahun 7 Desember 1981.

- c. Pembedahan tanpa dasar indikasi medik dengan persetujuan pasien

Sekalipun ada persetujuan dari pasien, namun bila tindakan medik dari dokter tersebut menimbulkan kegagalan, maka dokter harus tetap memikul tanggung jawab atas tindakannya. Sebab tujuan dari pembedahan ini tidak merupakan suatu keharusan mutlak untuk dilaksanakan, sebab tidak berkaitan dengan penyembuhan penyakit. Persetujuan itu baru akan meniadakan sifat pidana apabila pembedahan itu dilakukan dengan tujuan pemulihan kesehatan. Sehingga terhadap pembedahan tanpa indikasi medik, persetujuan pasien tidak dapat berfungsi untuk meniadakan tanggung jawab dokter.

- d. Pembedahan tanpa dasar indikasi medik dan tanpa adanya persetujuan dari pasien.

Perbuatan dokter tersebut jelas merupakan suatu tindak pidana yang harus ia pertanggung jawabkan karena dapat dituduh sebagai penganiayaan seperti yang terdapat dalam pasal 89, 351, 359, 360, 361 KUHP.¹⁵⁶

Tiap tindakan yang salah dari hukum pidana dikategorikan sebagai *Criminal Malpractice*, yang dalam hal ini tanggung jawab

¹⁵⁶ Ketentuan pasal 361 KUHP sebenarnya bukan merupakan delik.

selalu ada pada dokter yang melakukan kesalahan.¹⁵⁷ Pertanggungjawaban dokter dalam bidang hukum pidana dengan terjadinya luka-luka atau kematian pasien, adalah karena unsur kelalaian, kealpaan/kurang hati-hati (*culpa*), bukan kesalahan karena unsur sengaja (*dolus*). Sebab jika seorang dokter yang melakukan kesalahan tersebut karena *dolus*, maka perbuatan itu masuk dalam kategori penganiayaan bahkan pembunuhan.

Dalam ilmu pengetahuan hukum, *culpa* berarti suatu macam kesalahan sebagai akibat kurang berhati-hati, sehingga secara tidak sengaja sesuatu terjadi.¹⁵⁸

Tanggung jawab dalam hukum administrasi hubungannya tidak langsung dengan pelaksanaan profesi kedokteran, namun justru dengan pengakuan atau kemampuan untuk dapat menerapkan profesi yang datangnya dari pihak yang berwenang.

Adapun yang dimaksud dengan hukum administrasi negara menurut Van Vollenhoven (1927) mempunyai ciri-ciri sebagai berikut:

“untuk sebagian hukum administrasi negara merupakan pembatasan terhadap kebebasan pemerintah, jadi merupakan jaminan bagi mereka, yang harus taat kepada pemerintah;

¹⁵⁷ Sofwan Dahlan, *Op. Cit.*, hal. 14-15.

¹⁵⁸ Mustofa Abdullah dan Ruben Achmad, *Intisari Hukum Pidana*, Ghalia Indonesia, Jakarta, 1983, hal. 43.

akan tetapi untuk sebagian besar hukum administrasi mengandung arti pula, bahwa mereka yang harus taat kepada pemerintah menjadi dibebani pelbagai kewajiban yang tegas bagaimana dan sampai di mana batasnya, dan ~~berhubung dengan itu, berarti juga, bahwa wewenang~~ pemerintah menjadi luas dan tegas."¹⁵⁹

Berdasarkan definisi di atas, maka dapat ditarik unsur-unsur dari hukum administrasi negara, yaitu:

- a. Merupakan pembatasan kebebasan pemerintah;
- b. Pembebanan kewajiban yang tegas dan sampai di mana batasnya;
- c. Wewenang pemerintah sangat luas.

Berkaitan dengan *transaksi terapeutik*, maka yang termasuk dalam hal ini antara lain meliputi:

- a. Berpraktek tanpa izin (PP Nomor 36 Tahun 1964).
- b. Melanggar wajib simpan rahasia kedokteran yang tidak dikenakan Pasal 322 atau Pasal 112 KUHP (Pasal 4 PP Nomor 10 Tahun 1966).

¹⁵⁹ Philipus M. Hadjon, *Pengantar Hukum Administrasi Indonesia (Introduction the Indonesian Administrative Law*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta, 1993, hal. 25.

Penanganan terhadap kesalahan / kelalaian dalam menjalankan profesi yang termasuk dalam tanggung jawab hukum menurut hakim untuk lebih mendalami pengetahuan di bidang medik. Seorang hakim akan kesulitan dalam penerapan pasal-pasal dalam penjatuhan hukuman. Demikian pula, hakim yang tidak menguasai bidang medik, putusannya akan kurang memuaskan, karena ada perbedaan sudut pandang. Hal ini dipengaruhi pula oleh sifat norma etik profesi yang sering menimbulkan ketegangan-ketegangan antara bidang medik dan bidang hukum yang dapat digambarkan dalam bagan berikut:¹⁶⁰

Medik	Hukum
■ Penuh keraguan dan ketidakpastian (diagnosis dan terapi) semuanya berupa upaya.	■ Pasti, tindakan medik yang diatur oleh hukum - ada tindakan.
■ Medik = Hubungan interpersonal, per-orangan.	■ Hukum berlaku umum
■ Bekerjanya tanggung jawab tidak di bawah	■ Hukum - kesalahan / kealpaan diancam de-

¹⁶⁰ Hermien Hadiati Kocswadji, *Beberapa Permasalahan Hukum dan Medik*, Op. Cit, hal. 179.

ancaman, tapi tanggung jawab pribadi berdasar ilmunya. ngan pidana mati-dicari sebabnya / kasusnya.

- Medik tidak menjamin hasil akhir yang memuaskan, tapi upaya.
- Hukum bila tidak bisa memuaskan bisa banding, kasasi, grasi, amnesti bahkan abolisi.
- Pengobatan yang gagal merupakan kegagalan menurut ilmu kedokteran.
- Kegagalan mengakibatkan pihak lain jadi korban - harus diberi perhatian.

Penuntutan di pengadilan itu mengandung risiko besar, yaitu:

- a. Ada azas oportunitas yang mewajibkan jaksa menilai apakah dokter itu perlu dituntut, meskipun ia terdapat salah.
- b. Secara ilmiah dapat dipastikan, bahwa jaksa dan hakim tidak dapat memahami seluk beluk profesi medik. Tidak menguasai ilmu kedokteran ini tidak dapat diganti dengan mendengarkan saksi-saksi ahli dokter-dokter senior. Sebab seorang sarjana hukum itu tidak dapat dengan sendirinya memahami benar tentang profesi medik. Untuk dapat paham, maka harus benar-benar masuk dalam profesi tersebut, artinya seorang dokter yang mendalami ilmu

hukum dan sekaligus masuk keanggotaan profesi hukum dan medik. Tanpa hal itu, maka hanya dapat melihat dari segi kulitnya saja.

Hukum kedokteran adalah bidang yang termasuk disiplin hukum, oleh karena itu azas-azas dalam *rule of law* juga berlaku di sini. Berkaitan dengan masalah beban pembuktian dalam rangka *medical malpractice*, baik untuk hukum pidana maupun perdata berlaku azas "praduga tak bersalah" (*presumption of innocence*). Dalam hukum pidana azas praduga tak bersalah diatur dalam pasal 66 KUHP, yang penerapannya dalam hukum kedokteran berlaku mutlak dan tidak dapat diberlakukan pembalikan beban pembuktian.

Sedangkan dalam hukum perdata ada sedikit perbedaan, karena adanya kedudukan yang sejajar diantara para pihak. Hal ini membawa akibat bahwa di dalam perkara perdata, selain asas "praduga tak bersalah", juga dalam hal-hal tertentu khusus dimungkinkan untuk dilakukan pemindahan beban pembuktian dari penggugat kepada tergugat (dokter).

Dalam perkara-perkara umum, penggugat yang harus mengajukan bukti-bukti. Sehingga penggugat (pasien) yang harus membuktikan bahwa telah terdapat unsur kelalaian bagi pasien yang awam dalam bidang medik. Untuk itu pasien perlu didampingi saksi

ahli yang juga seorang dokter. Kesulitan lain dihadapi pasien bahwa kadangkala timbul kesulitan untuk memperoleh pendapat obyektif dari saksi ahli tersebut yang tentunya sedikit banyak dipengaruhi oleh sumpah dokter yang menimbulkan hubungan yang sangat erat.

Dalam rangka untuk keluar dari kesulitan ini, dimungkinkan digunakan doktrin *Res Ipsa Loquitur* yang berarti faktanya sudah berbicara, sudah jelas sehingga sebenarnya tidak perlu dibuktikan lagi. Pada hakekatnya doktrin *Res Ipsa Loquitur* tidak membuktikan untuk dalam hal-hal tertentu mengalihkan beban pembuktian dari penggugat kepada tergugat. Penggunaan doktrin *Res Ipsa Loquitur* harus memenuhi syarat-syarat sebagai berikut.¹⁶¹

- a. Sifat dari peristiwa yang terjadi adalah sedemikian rupa, sehingga tidak akan terjadi, apabila tidak ada kelalaian dari seseorang.
- b. Peristiwa itu disebabkan oleh sesuatu yang sepenuhnya di bawah kontrol penggugat.
- c. Sama sekali tidak ada penyebab atau kontribusi dari penggugat.

Tanggung jawab hukum seorang dokter memang sangat luas apabila ia melakukan kesalahan, yaitu baik hukum perdata, hukum pidana maupun hukum administrasi. Tetapi apabila dikaitkan dengan *transaksi terapeutik*, tanggung jawab yang dipikul hanya sebatas pada

¹⁶¹ J. Guwandi, *Kelalaian Medik, Op. Cit.* hal. 100.

apa yang telah disepakati dalam perjanjian. Meskipun dalam transaksi tersebut tertuju pada mencari kesembuhan penyakit pasien, namun bukan kesembuhan itu yang menjadi alasan untuk mencari kesalahan dokter.¹⁶² Sebab perlu diingat di sini, bahwa *transaksi terapeutik* itu merupakan suatu upaya penyembuhan penyakit dan dengan demikian termasuk dalam *inspanningverbintenis* bukan *resultaatsverbintenis*.

¹⁶² Wiwick Wibowo, *Kaitan Transaksi Terapeutik dengan Pertanggungjawaban Hukum Dokter*, Hukum dan Dinamika Masyarakat Nomor 2/Tahun VI/1994, hal. 21.

BAB IV

HUBUNGAN TIMBAL BALIK ANTARA BUDAYA HUKUM DENGAN

SUB SISTEM EKONOMI DALAM PERILAKU DOKTER

SELAMA PELAKSANAAN PROFESI MEDIK

A. Pendahuluan

Dokter sebagai anggota masyarakat melakukan tindakan seperti halnya manusia pada umumnya. Tindakan yang dilakukan oleh seorang dokter itu adalah pencerminan dari sikap pribadinya terhadap sesuatu yang dihadapinya. Jadi perilaku tersebut merupakan hasil penafsirannya berdasarkan pemahaman yang ada dalam pikirannya kemudian dituangkan dalam perilakunya tersebut.

Masyarakat merupakan suatu sistem sosial, sebab sistem sosial pada dasarnya akan menunjuk pada masyarakat dalam arti yang longgar. Ia dapat menunjuk pada masyarakat dalam skala besar, seperti bangsa, negara atau dapat pula menunjuk pada masyarakat dalam skala kecil, seperti komuniti. Tetapi dalam pengertian sistem sosial, termaktub pula institusi, seperti dalam pandangan Talcott Parsons bahwa sebagai masalah pokok sosiologi makro, masyarakat merupakan contoh dari

sistem sosial, tetapi merupakan substansi yang paling penting untuk dianalisis.¹⁶³

Sesuai pendapat Talcott Parsons, tingkah laku individu tidak merupakan tingkah laku biologis, tetapi harus ditinjau sebagai tingkah laku yang berstruktur. Tingkah laku seseorang harus ditempatkan dalam kerangka sistem sosial yang luas yang terbagi dalam sub-sistem sub-sistem. Dalam garis besarnya, tingkah laku individu dibatasi oleh dua lingkungan dasar yang masing-masing bersifat fisik dan idial, yaitu lingkungan fisik-organik dan lingkungan realitas tertinggi. Diantara kedua lingkungan dasar tersebut terdapat sub sistem yang merupakan suatu kesatuan hierarkhis yaitu sub sistem budaya dengan fungsi mempertahankan pola; sub sitem sosial dengan fungsi integrasi; sub sistem politik dengan fungsi mencapai tujuan dan sub sistem ekonomi dengan fungsi adaptasi.¹⁶⁴

Profesi dokter yang selalu berhubungan dengan manusia menimbulkan interaksi diantara individu-individu yang terkait, yaitu antara dokter dan pasien. Interaksi tersebut menimbulkan perilaku di kalangan masyarakat dokter yang berupa sikap baik yang sesuai dengan Kodeki

¹⁶³ Soleman B. Tancko, *Sistem Sosial Indonesia, edisi kedua*, CV Fajar Agung, Jakarta, 1994, hal. 31.

¹⁶⁴ Ronny Hanitijo Socmitro, *Perspektif Sosial Dalam Pemahaman Masalah-Masalah Hukum*, Agung Press, Semarang, 1989, hal. 29.

maupun yang bertentangan. Hal ini merupakan pemaknaan dari dokter terhadap apa yang dihadapinya dalam menjalankan profesinya tersebut.

B. Hubungan Timbal Balik antara Budaya Hukum dengan Sub Sistem Ekonomi dalam Perilaku Dokter

Berdasarkan hasil penelitian bahwa terjadinya *medical malpractice* dalam suatu *transaksi terapeutik* adalah karena faktor kurang hati-hatinya dokter juga tidak diindahkannya ketentuan KODEKI serta adanya sikap untuk mengkomersilkan pasien, hal ini berarti adanya pelanggaran terhadap kewajiban dokter terhadap pasien. Keadaan seperti ini apabila dikaitkan dengan budaya hukum akan menimbulkan suatu pemahaman atas tindakan menyimpang yang dilakukan sebagai dokter itu adalah merupakan bentuk pilihan atas perilaku yang sesuai dengan hukum dan yang bertentangan dengan hukum.

Tinjauan atas perilaku dokter yang menyimpang apabila dikaitkan dengan sub sistem ekonomi dapat dianalisa dengan menggunakan **teori Sibernetika** dari **Talcott Parsons** yang melakukan pembagian atas 4 (empat) sub sistem, yaitu: ¹⁶⁵

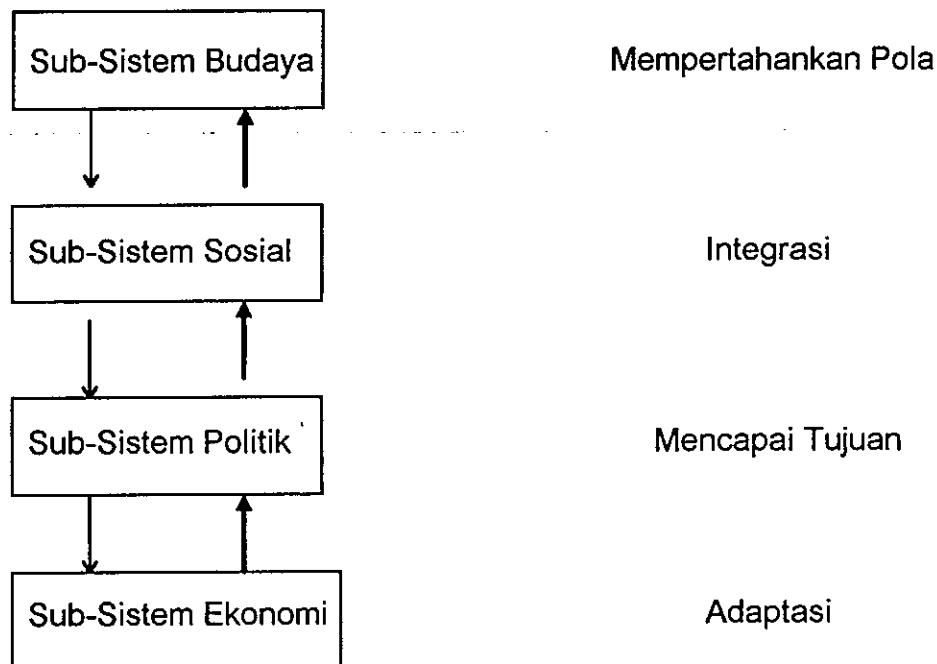
¹⁶⁵ Ronny Hanitijo Soemitro, *Studi Hukum dan Masyarakat, Op. Cit.*, hal. 69-74.

Hubungan Sibernetika

Fungsi Pokok

Lingkungan: Realitas Tertinggi

Tingkat informasi tinggi (Kontrol)



Lingkungan : Fisik-Organik

Tingkat energi tinggi (Kondisi)

—————> : Hierarki faktor-faktor yang mengkondisikan.

—————> : Hierarki faktor-faktor yang mengontrol.

Pada bagan di atas ditunjukkan adanya dua arah panah yang berlawanan. Arah yang satu menunjukkan tingkat-tingkat ketinggian energi, dimulai dari tingkat yang paling tinggi ke tingkat yang paling rendah. Panah yang kedua menunjukkan mengalirnya arus informasi dari tingkat yang lebih tinggi ke tingkat yang lebih rendah. Adapun yang

dimaksud dengan pengontrolan sibernetika adalah, bahwa sistem-sistem yang memiliki informasi tinggi tetapi energi rendah mengatur sistem-sistem yang memiliki informasi lebih rendah tetapi energi lebih tinggi.¹⁶⁶

Berdasarkan teori ini, tindakan tidak dipandang sebagai tingkah laku biologis akan tetapi sebagai tingkah laku yang mempunyai makna sosial. Tingkah laku individu itu selalu dapat diberi tempat dalam suatu hubungan sosial tertentu, sehingga ini berarti bahwa tingkah laku itu merupakan tindakan yang berstruktur. Jadi tindakan individu itu selalu mendapatkan tempat di dalam kerangka sistem sosial yang terbagi dalam sub-sistem sub-sistem. Masing-masing sub-sistem tersebut mempunyai fungsi pokok, yaitu :

Sub-sistem budaya mempunyai fungsi mempertahankan pola nilai-nilai budaya yang merupakan pedoman bagi tingkah laku-tingkah laku individu. Di sini nilai-nilai mempunyai kedudukan yang utama, oleh karena nilai-nilai itulah yang menentukan bentuk-bentuk hubungan yang bagaimana yang dikehendaki oleh masyarakat yang bersangkutan.

Sub-sistem sosial mempunyai fungsi melakukan integrasi yaitu mengatur kegiatan individu dalam memenuhi kepentingannya serta mencegah timbulnya konflik-konflik dan hal-hal lain yang mengganggu kelancaran pergaulan sosial dan produktivitas masyarakat.

¹⁶⁶ Satjipto Rahardjo, *Hukum dan Perubahan Sosial*, Op. Cit., hal. 25.

Sub-sistem politik melakukan fungsi mencapai tujuan yang merupakan perantara untuk melakukan tindakan-tindakan.

Sub-sistem ekonomi melakukan fungsi adaptasi terhadap lingkungan kehidupan manusia yang bersifat bio-fisic. Tanpa fungsi adaptasi yang dilakukan oleh sub-sistem ekonomi, masyarakat tidak dapat mempertahankan hidupnya di tengah-tengah lingkungannya. Kegiatan ekonomilah yang dapat merubah berbagai sumber daya yang terdapat di sekitar manusia sehingga berguna untuk mempertahankan kelangsungan hidupnya, seperti pemanfaatan teknologi dan kegiatan ekonomi.

Keempat sub-sistem tersebut merupakan *primary function* karena menjalankan fungsi-fungsi primer dalam masyarakat, artinya fungsi-fungsi yang pokok yang kalau hal itu tidak dijalani maka masyarakat tidak bisa menjalankan kehidupannya secara baik.

Sesuai pendapat dari Lawrence M. Friedman ¹⁶⁷ bahwa budaya hukum adalah keseluruhan faktor yang menentukan bagaimana sistem hukum memperoleh tempatnya yang logis dalam kerangka budaya milik masyarakat umum. Budaya hukum bukanlah apa yang secara kasar disebut opini publik; pun lebih jauh lagi daripada sekedar suatu gambaran yang diperoleh dari sana sini mengenai hukum, namun orang harus memperhatikan terutama opini orang-orang khusus saja. Berkaitan

¹⁶⁷ Lawrence M. Friedman, *Loc. Cit.*.

dengan hal ini perlu ditinjau tentang komponen dalam sistem hukum yang meliputi:

1. Komponen struktural, yaitu bagian-bagian yang bergerak di dalam suatu mekanisme.
2. Komponen substansi, yaitu hasil aktuul yang diterbitkan oleh sistem hukum.
3. Komponen sikap publik dan nilai-nilai.

Ketiga komponen dalam sitem hukum tersebut saling berkaitan, yaitu antara pengadilan dengan apa yang nyata-nyata diucapkan dan diperbuat oleh hakim serta pendayagunaan pengadilan itu sendiri.

Terhadap masalah tindakan dokter dalam menjalankan profesinya, terlihat pula pilihan tindakan dari dokter. *Medical malpractice* sebagai suatu bentuk pelanggaran oleh dokter ini masuk dalam budaya hukum dari masyarakat dokter yang memilih melakukan tindakan yang menyimpang dari KODEKI. Ditinjau dari sub-sitem ekonomi yang menjalankan fungsi adaptasi, budaya hukum masyarakat dokter yang melakukan tindakan menyimpang, adalah merupakan wujud pemanfaatan lingkungan dalam hubungan antara dokter dengan pasien.

Adaptasi itu sendiri menunjuk pada pengertian pengadaan fasilitas-fasilitas instrumental untuk mengatasi hambatan-hambatan sehingga pada akhirnya tujuan yang dikejar oleh suatu sistem dapat

dicapai. Sosiologi sebagai bagian dari sistem adaptasi secara potensial dapat memberikan kontribusi yang besar kepada sistem hukum dengan melakukan perkiraan-perkiraan bagaimana seseorang akan bereaksi apabila dihadapkan kepada suatu kewajiban yang baru, atau dapat menggambarkan halangan-halangan apakah kiranya yang akan mengganggu efisiensi pelaksanaan fungsi-fungsi, serta dapat pula memahami aksi-aksi apa sajakah yang mestinya diharuskan atau tidak agar orang dapat memenuhi berbagai pertanggungjawaban yang dibebankan kepadanya.¹⁶⁸ Jadi fungsi adaptasi yang dilakukan oleh sub-sistem ekonomi merupakan fungsi dalam masyarakat yang beradaptasi dengan lingkungannya sehingga lingkungannya dapat didayagunakan bagi energi masyarakat.

Kemampuan yang dimiliki oleh dokter sebagai hasil dari penguasaan akan ilmu pengetahuan, melalui pelaksanaan fungsi adaptasi dengan budaya hukum yang melingkupi dokter yang melakukan penyimpangan profesi, dapat terlihat bahwa ternyata energi yang dihasilkan adalah bukan untuk memaksimalkan pemenuhan tuntutan ketentuan KODEKI. Hal ini terlihat pada kasus malpraktek yang dilakukan oleh dr. Setianingrum dari Puskesmas Wedarijaksa Kabupaten Pati yang

¹⁶⁸ Harry C. Bredermeier, *Law as an Integrative Mechanism*, dalam Vilhelm Aubert, *Sociology of Law*, Middlesex: Penguin Books, 1973, hal. 52-67 (terjemahan) Soetandyo Wignjosobroto, *Hukum sebagai Suatu Mekanisme Pengintegrasian*, hal. 1-3.

diadili karena telah menyebabkan pasiennya. Ny. Rukmini meninggal dunia akibat syok anafilatik sebagai reaksi alergi dari suntikan streptomisin yang diberikan kepadanya; juga kasus aborsi yang dilakukan oleh dr. Paul Posumah terhadap Liem Sian Ing alias Yulianti dengan imbalan jasa sebesar Rp. 250.000,-. Pada kasus pertama malpraktek terjadi karena kurang hati-hatinya dokter, sedangkan pada kasus kedua di samping ketidak hati-hatiannya dokter juga ada unsur komersil dengan meminta imbalan jasa yang cukup besar bila dibanding dengan jumlah yang pada umumnya diterima dari pasien, yaitu sebesar Rp. 5.000,-. Keadaan seperti ini juga dipengaruhi oleh budaya hukum dalam masyarakat pasien hasil penelitian yang lebih cenderung untuk bersikap "nrimo" apabila hak-haknya dilanggar, dan hal ini ternyata juga berpengaruh terhadap sikap dokter. Melihat sikap pasien ini kemudian dokter menggunakan fungsi adaptasi untuk melakukan pelanggaran atas hak pasien. Fungsi adaptasi ini juga terlihat pada sikap dokter yang mengkomersilkan pasien, dalam arti ingin memperoleh penghasilan yang besar dengan usaha yang ringan, karena dalam kenyataannya pasien juga menerimanya. Berdasarkan hal tersebut di atas, budaya hukum pasien yang "nrimo" apabila terjadi *medical malpractice* dan juga budaya hukum masyarakat dokter itu sendiri yang kurang hati-hati dan bertujuan mencari keuntungan pribadi, menyebabkan terjadinya penyimpangan

profesi dokter dengan bentuk pengabaian terhadap KODEKI. Unsur adaptasi masyarakat dokter (yang melakukan penyimpanan) ini sangat jelas terlihat hubungan timbal baliknya dengan budaya hukum yang melingkupi masyarakat dokter dan juga budaya hukum dari pasien. Sebab seandainya setiap pasien yang menderita kerugian akibat *medical malpractice* mengajukan masalahnya ke pengadilan, dimungkinkan pula para dokter itu akan bertindak lebih hati-hati dengan motif benar-benar melakukan pengabdian sesuai dengan Sumpah Hippocrates yang merupakan landasan bagi profesi medik.

BAB V

PENUTUP

Berdasarkan uraian yang penulis sampaikan pada bab-bab sebelumnya, maka pada Bab IV yang merupakan Bab Penutup ini akan diuraikan mengenai kesimpulan yang dapat diambil yang merupakan bagian akhir dari kegiatan pemahasan mengenai masalah *medical malpractice* yang dilakukan oleh dokter sebagai seorang profesional. Di samping itu, akan dikemukakan pula mengenai saran yang dapat dipakai sebagai bahan masukan bagi pembuat peraturan.

A. Kesimpulan

Medical malpractice yang dilakukan oleh dokter adalah dilatarbelakangi oleh tindakan yang kurang hati-hati, adanya kelalaian, tidak mengindahkan standard profesi medik serta lebih mementingkan memperoleh penghasilan yang lebih besar dengan jalan cepat namun dengan usaha yang tidak memperhatikan masalah etik kedokteran. Hal ini apabila ditinjau dari sub-sistem ekonomi adalah adanya usaha yang merupakan fungsi adaptasi, yaitu bahwa masyarakat dokter itu menyesuaikan tindakannya dengan lingkungan yang dihadapinya yaitu baik lingkungan pasien yang bersifat "nrimo" apabila terjadi *medical malpractice* maupun dari lingkungan masyarakat dokter itu sendiri yang

beranggapan bahwa profesinya itu adalah lebih tinggi dari profesi lain karena diperlukan penguasaan ilmu pengetahuan yang tinggi sedangkan pasien sebagian besar tidak menguasainya.

Pasien korban *medical malpractice* yang menjadi obyek penelitian bersikap diam, "nrimo" dengan keadaan yang dihadapi karena adanya rasa percaya yang tinggi akan kemampuan dokter untuk mengobati pasien, sehingga apabila terjadi cacat atau bahkan meninggalnya pasien, seringkali itu dianggap sebagai suatu takdir bagian dari perjalanan hidupnya, sedangkan pasien menyadari bahwa dirinya adalah awam dalam bidang medik. Sehingga menyerahkan semua keputusan kepada dokter. Selain itu, pasien masih menjunjung tinggi anggapan bahwa manusia itu makhluk sosial yang selalu memerlukan bantuan orang lain, sehingga ia merasa enggan untuk mengajukan masalahnya itu ke pengadilan karena suatu saat ia juga akan kembali memerlukan bantuan dokter. Dalam hal ini terlihat persepsi pasien terhadap lembaga peradilan yang kurang tepat, sehingga tidak ada keberanian untuk mengajukan masalahnya ke Pengadilan. Di sini terlihat bahwa budaya hukum masyarakat dokter yang dipengaruhi oleh budaya hukum masyarakat pasien menyebabkan dokter melakukan tindakan *medical malpractice* sebagai bentuk pelaksanaan fungsi adaptasi yang dijalankan oleh sub-sistem ekonomi.

B. Saran

Di dalam pelaksanaan *transaksi terapeutik*, bagi pasien perlu adanya perubahan persepsi tentang lembaga peradilan, bahwa sebenarnya tidak setiap kasus *medical malpractice* pihak dokter yang akan dimenangkan, tetapi semua itu adalah tergantung dari bukti-bukti yang diajukan. Apabila perubahan persepsi itu telah dilakukan akan berpengaruh terhadap sikap adaptasi dari dokter, sehingga energi yang dihasilkan dari pelaksanaan fungsi adaptasi dari sub-sistem ekonomi dipergunakan untuk memenuhi ketentuan dalam KODEKI, karena in-put yang diberikan oleh pasien dengan persepsinya tersebut akan menyebabkan out-put yang bersifat positif, yaitu dengan adanya kehati-hatian dari dokter.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, Mustofa dan Ruben Achmad, 1983, *Intisari Hukum Pidana*, Ghalia Indonesia, Jakarta.
- Adisusilo, F Taufik., 1986, *Terkun Sejahter Itukah ?*, dalam Bunga Rampai Hukum dan Profesi Kedokteran dalam Masyarakat Indonesia, *Jef. Leibo*, (penyunting), Liberty, Yogyakarta.
- Amir, Amri., 1997, *Bunga Rampai Hukum Kesehatan*, Widya Medika, Jakarta.
- Bertens, K., 1997, *Etika*, PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Berger, L Peter., 1985, *Invitation to Sociology, A Humanistic Perspective*, (terjemahan) Daniel Dhakidae, Inti Sarana Aksara, Jakarta.
- Boediono, 1988, *Ekonomi Mikro*, BPFE, Yogyakarta.
- Bredermeier, Harry C., 1973, *Law as an Integrative Mechanism*, dalam Vilhelm Aubert, *Sociology of Law*, Middlesex: Penguin Books (terjemahan) Soetandyo Wignjosoebroto, *Hukum sebagai Suatu Mekanisme Pengintegrasian*.
- Francoeur, T Robert., 1975, *Biomedical Ethics A Guide to Decision Making*, A Wiley Medical Publication, John Wiley & Sons, Inc, United States of America.
- Gunawan, 1992, *Memahami Etika Kedokteran*, Kanisius, Yogyakarta.
- Guwandi, J., 1994, *Kelalaian Medik (Medical Negligence)*, edisi kedua, Fakultas Kedokteran UI, Jakarta.
-, 1993, *Tindakan Medik dan Tanggung Jawab Produk Medik*, Fakultas Kedokteran UI, Jakarta.
- Hadiwardoyo, Purwa Al., 1990, *Moral dan Masalahnya*, Kanisius, Yogyakarta.
- Hadjon, M Philipus., 1993, *Pengantar Hukum Administrasi Indonesia (Introduction the Indonesian Administrative Law*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
- Hartono, Sunaryati C.F.E., 1994, *Penelitian Hukum di Indonesia Pada Akhir Abad ke-20*, Alumni, Bandung.

Haryatmoko, J., 1986, *Manusia dan Sistem, pandangan tentang manusia dalam sosiologi Talcott Parsons*, Kanisius, Yogyakarta.

Ichsan, Achmad., 1969, *Hukum Perdata IB*, PT Pembimbing Masa, Jakarta.

Kamus Besar Bahasa Indonesia, Departemen Pendidikan dan Kebudayaan, 1988.

Keraf, Sonny A dan Imam, R.H., 1995, *Etika Bisnis: Membangun Citra Bisnis Sebagai Profesi Luhur*, Kanisius, Yogyakarta.

Kerbala, Husein., 1993, *Segi-Segi Etis dan Yuridis Informed Consent*, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta.

Koeswadi, Hadiati Hermien., 1992, *Beberapa Permasalahan Hukum dan Medik*, PT Citra Aditya Bakti, Bandung.

....., 1984, *Hukum dan Masalah Medik, Bagian Pertama*, Airlangga University Press, Surabaya.

....., 1996, *Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, Asas-asas dan Permasalahan dalam Implementasinya*, Citra Aditya Bakti, Bandung.

Koentjaraningrat, 1987, *Kebudayaan, Mentalitas dan Pembangunan*, PT Gramedia, Jakarta.

Leenen, H.J.J dan P.A.F. Lamintang, 1981, *Pelayanan Kesehatan dan Hukum*, Binacipta, Bandung.

Leftwich, H Richard., 1981, *The Price System and Resource Allocation (Mikro Ekonomi)*, terjemahan: St. Dianjuang, PT Bina Aksara, Jakarta.

Lumenta, Benyamin., 1989, *Dokter, Citra, Peran dan Fungsi, Tinjauan Fenomena Sosial*, Kanisius, Yogyakarta.

Mariyanti, Ninik., 1988, *Malapraktek Kedokteran, dari segi Hukum Pidana dan Perdata*, Bina Aksara, Jakarta.

Mason & Mc Call Smith, 1987, *Law and Medical Ethics, second edition*, Butterworth & Co (publishers) Ltd, London.

Milles, B Matthew, dan A. Michael Huberman, *Qualitative data Analysis*, Terjemahan Tjetjep Rohendi Rohidi, 1992, UI Press, Jakarta.

- Moleong, J Lexy., 1985, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, PT Remaja Rosda Karya, Bandung.
- Patrik, Purwahid, 1997, *Hukum Perdata II, (Perikatan yang lahir dari perjanjian dan undang-undang)*, Fakultas Hukum UNDIP, Semarang.
- Poloma, M Margaret., 1994, *Contemporary Sociological Theory*, (terjemahan) Tim Penerjemah Yasogama, PT RajaGrafindo, Jakarta.
- Prayitno, Wukir., 1991, *Modernitas Hukum Berwawasan Indonesia*, Agung, Semarang.
- Purbacaraka, Purnadi., 1977, *Penegakan Hukum dalam Mensukseskan Pembangunan*, Alumni, Bandung.
- Purwanto, Heri., 1993, *Komunikasi untuk Perawat*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Rahardjo, Satjipto., 1980, *Hukum dan Masyarakat*, Angkasa, Bandung.
-, 1988, *Hukum dan Perubahan Sosial*, Angkasa, Bandung.
-, tanpa tahun, *Masalah Penegakan Hukum, suatu tinjauan sosiologis*, Sinar Baru, Bandung.
- Ritzer, George., 1992, *Sociology: A Multiple Paradigm Science*, (terjemahan) Alimandan, PT RajaGrafindo Persada, Jakarta.
- Sianturi,R., 1980, *Perlindungan Konsumen dilihat dari Sudut Peraturan Perundang-undangan Kesehatan*, makalah Simposium Aspek-aspek Hukum Masalah Perlindungan Konsumen, BPHN, Bina Cipta, Jakarta.
- Soekanto, Soerjono., 1986, *Beberapa Permasalahan Hukum Dalam Rangka pembangunan di Indonesia*, UI Press, Jakarta.
-, 1985, *Efektivikasi Hukum dan Peranan Sanksi*, remadja Karya CV, Bandung.
-, 1986, *Faktor-faktor yang mempengaruhi Penegakan Hukum*, CV Rajawali, Jakarta.
-, 1988, *Pendekatan Sosiologi Terhadap Hukum*, PT bina Aksara, Jakarta.

-, 1990, *Segi-segi Hukum Hak dan Kewajiban Pasien, dalam kerangka hukum kesehatan*, Mandar Maju, Bandung.
- dan Herkutanto, 1987, *Pengantar Hukum Kesehatan*, Remadja Karya, Bandung.
- dan Kartono Mohamad, 1983, *Aspek Hukum dan Etika Kedokteran di Indonesia*, Grafitipers, Jakarta.
- dan Sri Mamudji, 1985, *Penelitian Hukum Normatif*, CV Rajawali, Jakarta.
- Soemardjan, Selo., 1986, *Perubahan Sosial di Yogyakarta*, Gadjahmada University Press, Yogyakarta.
- Soemitro, Hanitijo Ronny., 1988, *Metodologi Penelitian Hukum dan Jurimetri*, Ghalia Indonesia, Jakarta.
-, 1989, *Perspektif Sosial Dalam Pemahaman Masalah-Masalah Hukum*, Agung Press, Semarang.
-, 1998, *Politik, Kekuasaan & Hukum (Pendekatan Manajemen Hukum)*, Badan Penerbit Universitas Diponegoro, Semarang.
-, 1985, *Studi Hukum dan Masyarakat*, Alumni, Bandung.
- Stromholm, Stig., dalam J.J.H Bruggink, (terjemahan) Arief Sidharta, 1996, *Rechts Reflectie (Grondbegrippen uit de rechtstheorie)*, PT Citra Aditya Bakti, Bandung.
- Subekti, 1986, *Aneka Perjanjian*, Alumni, Bandung.
-, 1985, *Hukum Perjanjian, cetakan ke-X*, PT Inter Masa, Jakarta.
- Taneko, Soleman B., 1994, *Sistem Sosial Indonesia, edisi kedua*, CV Fajar Agung, Jakarta.
- Tjong, Roy., 1991, *Problem Etis Upaya Kesehatan suatu Tinjauan Kritis*, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.

Waitzkin, B.Howard dan Barbara Waterman, 1993, *The Exploitation on Illness in Capitalist Society*, terjemahan: Fauzi Muzaman, Prima Aksara, Jakarta.

Warassih, Esmi., 1981, *Perlindungan Hukum terhadap Pasien akibat Malpractice*, dalam *Hukum dalam Perspektif Sosial* (editor) Satjipto Rahardjo, Alumni, Bandung.

Widyadharma, Ridwan Ignatius., 1988, *Hukum Profesi tentang Profesi Hukum*, CV Wahyu Pratama, Semarang.

Zamroni, 1992, *Pengantar Pengembangan Teori Sosial*, PT Tiara Wacana, Yogyakarta.

Kumpulan Peraturan Perundangan:

Garis-Garis Besar Haluan Negara, Bab IV tentang Arah dan Kebijaksanaan Bidang Kesejahteraan Rakyat, 1994.

Kitab Undang Undang Hukum Perdata

Kitab Undang Undang Hukum Pidana

Undang -undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan

Kumpulan Makalah:

Afdel, *Responsibilitas Dokter dalam Menjalankan Profesinya*, Makalah Seminar Hukum Kedokteran dalam rangka Dies Natalis ke-XXVII dan Wisuda UNAIR 1980/1981.

Ameln, Fred., 1992, *Hak dan Kewajiban Pasien dan Dokter*, makalah Seminar Hukum Kesehatan, Fakultas Hukum UKSW, Salatiga.

Apul, Yan., 1997, *Efektivitas dan Mekanisme Penegakan Kode Etik Profesi Dokter dan Tenaga Medis*, Makalah Seminar "Hospital Management and Health Law Issues", Universitas Pelita Harapan, Tangerang.

Atmodirono, Haroen Anna., 1996, *Kekuatan Hukum Persetujuan Tindakan Medik di Indonesia*, makalah Kongres Nasional PERHUKI IV, Surabaya.

Azwar, Azrul., 1996, *Dampak Globalisasi pada Tatahan Pelayanan Kesehatan di Indonesia*, makalah Kongres Nasional IV PERHUKI, Fakultas Kedokteran UNAIR-Surabaya.

Cholil, Abdullah., 1982, *Peranan IDI sebagai Organisasi Profesi Kedokteran*, makalah Simposium Panel Hukum dan Profesi Kedokteran, Yogyakarta.

Dahlan, Sofwan., 1991, *Perlindungan Dokter dan Pasien*, Makalah Seminar Malpraktek Kedokteran, Aspek Hukum Dan Pencegahan, Rumah Sakit ST. Elisabeth, Semarang.

Darus, Mariam., 1980, *Perlindungan terhadap Konsumen dilihat dari Sudut Perjanjian Baku (Standar)*, makalah Simposium Aspek-Aspek Hukum Masalah Perlindungan Konsumen, BPHN, Bina Cipta, Jakarta.

Florence, W David., 1973, *Informing Patients — The Need; The Law; The Dilema*, The Third World Congress on Medical Law, Belgium.

Jacobalis, Samsi., 1996, *Apa dan Bagaimana Globalisasi Ekonomi serta Liberalisasi Industri Jasa Kesehatan di Indonesia*, makalah Kongres Nasional PERHUKI, Fakultas Kedokteran UNAIR-Surabaya.

Koeswadji, Hadiati Hermien., 1981, *Panel Diskusi Peranan Pendidikan Kedokteran dalam Menegakkan Kode Etik Kedokteran Indonesia dan Pemantapan Citra Dokter di dalam Masyarakat*, Makalah Panel Diskusi, Peranan Pendidikan Kedokteran, Surabaya.

....., 1996, *Kesiapan Hukum dalam menyongsong Globalisasi Pelayanan Kesehatan di Indonesia*, makalah Kongres IV PERHUKI, Fakultas Kedokteran UNAIR-Surabaya.

Lawrence M. Friedman, *On Legal Development*, Rutgers Law Review, 1969, hal. 27-30 (terjemahan) Rachmadi Djoko Soemadio, *Budaya Hukum*, (editor) Satjipto Rahardjo, *Kumpulan Bahan-bahan Bacaan "Hukum dan Masyarakat"*.

Muladi, 1991, *Aspek Teoritis dari Malpraktek*, makalah seminar sehari Malpraktek Kedokteran Aspek Hukum dan Pencegahan, Rumah Sakit St. Elisabeth, Semarang.

Permadi, *Pola Sikap Masyarakat terhadap Masalah Perlindungan Konsumen*, Makalah Simposium Aspek-aspek Hukum Masalah Perlindungan Konsumen, BPHN, Jakarta, 16-18 Oktober 1990.

....., 1982, *Tanggapan terhadap Pelayanan Dokter*, Makalah Simposium Panel Hukum dan Profesi Kedokteran, Yogyakarta.

Samil, Suprapti Ratna., 1997, *Etika Kedokteran Penerapan Masa Kini*, makalah Seminar Hukum Kesehatan dan Manajemen Rumah Sakit, Universitas Pelita Harapan, Lippo Village, Tangerang.

Sutrisno JS, Bambang., 1991, *Persetujuan Pasien setelah Pemberian Informasi (Informed Consent) dalam Pelayanan Profesi Kedokteran*, makalah Seminar Malpraktek Kedokteran Aspek Hukum dan Pencegahan, RS ST Elisabeth, Semarang.

Sutrisno, S., 1991, *Tanggung Jawab Dokter di bidang Hukum Perdata: Segi-segi Hukum Pembuktian*, makalah seminar sehari Malpraktek Kedokteran Aspek Hukum dan Pencegahan, RS. ST. Elisabeth, Semarang.

Van der Mijn, W.B., tanpa tahun, *Medical Disiplinary Law-Issues of Health Law*, Tim Pengkajian Hukum Kesehatan, BPHN, Jakarta.

Wignjosoebroto, Soetandyo., 1995, *Konsep Hukum, Tipe Kajian dan Metode Penelitiannya*, Hand-out, Semarang.

Wirjanto, P Soemarno., 1982, *Peradilan Hukum dan Peradilan Kode Etik Profesi Kedokteran dan Profesi Advokat*, makalah Simposium Panel Hukum dan Profesi Kedokteran, Yogyakarta.

Wirjanto, P Soemarno., 1982, *Tanggung Jawab Hukum dan Etik Daripada Dokter dan Advokat untuk Tindakan Profesional*, Jakarta.

Wisjnubroto, Saptandari Pinky., 1996, *Manfaat Pertindik Bagi Masyarakat*, Makalah Kongres Nasional IV PERHUKI, Fakultas Kedokteran UNAIR, Surabaya.

Kumpulan Majalah dan Surat Kabar:

Alibasah, M Partono., 1979, *Masalah Profesi Kesehatan*, Hukum Nomor 6 Tahun Kelima, Yayasan Penelitian dan Pengembangan Hukum (law centre).

Guwandi, J., *Perkara Tindak Medik (Medical Malpractice)*, Kompas, 5 Mei 1987.

Lengkong, R Umi., *Beberapa Teori Mengenai Malapraktek*, Kompas, 5 Mei 1987.

Lumenta, Benyamin., *Hak akan kerahasiaan dan Konfidensialitas dalam Pelayanan Kesehatan*, Medika, Nomor 8, Tahun 15, Agustus 1989.

Luthan, Salman., *Penegakan Hukum dalm Konteks Sosiologis*, Jurnal Hukum Nomor 7 Volume 4-1997.

Mohamad, Kartono., *Profesi*, Medika Nomor 11 Tahun 14, Nopember 1988.

Mukhtar, Zulfikri., *Malaprofesionalisme, kecenderungan baru di lingkungan profesi kedokteran*, Medika, Nomor 6 Tahun 15, Juni 1989.

Murdiati R, Woro Caritas., *Informed Consent dan Tanggung Jawab Perdata dari Dokter dalam Perjanjian Terapeutik*, Justitia Et Pax, edisi bulan Maret-April 1997

Nova, Nomor 524/XI - 8 Maret 1998, hal. 3.

Soekanto, Soerjono., *Tanggung Jawab Dokter dalam Melaksanakan Profesinya*, Medika, Nomor 12 Tahun 7 Desember 1981.

Suara Merdeka, 19 Januari 1998, hal. VII

....., 5 Maret 1998, hal. IV.

....., 8 Desember 1997, hal. VII.

Suharto, R., *Hubungan Dokter-Pasien dan Informed Consent suatu Kajian menurut Hukum Perdata*, Masalah-masalah Hukum Nomor 11 Tahun XXII-1992.

Susanto, I.S., *Kejahatan White-Collar dan Pembangunan Masyarakat Adil dan Makmur*, dalam Masalah-masalah Hukum No. 3 tahun XXI-1991, F.H Undip, Semarang.

Wibowo, Wiwiek., *Kaitan Transaksi Terapeutik dengan Pertanggungjawaban Hukum Dokter*, Hukum dan Dinamika Masyarakat Nomor 2/Tahun VII/1994.

Wignjosuebrotto, Soetandyo., *Profesi dan Profesionalisme Sebuah Tinjauan Sosial Budaya, Dikaitkan secara khusus dengan Masalah Perkembangan Profesi Hukum di Indonesia*, Yuridika, Nomor 6 Tahun VI, November-Desember, 1991.